

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

199

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Andrée MAHIEU

Née le 4 Janvier 1913, à Pontivy (Morbihan)

**TUMEURS MALIGNES DU GROS INTESTIN
CHEZ L'ENFANT**

(Sigmoïde et rectum exceptés)

Président de thèse : M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

1891

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Andrée MAHIEU

Née le 4 Janvier 1913, à Pontivy (Morbihan)

TUMEURS MALIGNES DU GROS INTESTIN CHEZ L'ENFANT

(Sigmoïde et rectum exceptés)

Président de thèse : M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	OLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
	JENCRMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	BRINDEAU.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMA. TPE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CROUZON.
Clinique cardiologique	HOVELACQUE
Assistance Médico-Sociale.....	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire.....	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale.... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENS!
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

A TITRE PERMANENT

Clinique
médicale

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
HEITZ-BOYER.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

ECALLE
LE LORIER
LÉVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale.

MM.

Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie.....	RUPPE.
Puériculture.....	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand hon-
neur de bien vouloir accep-
ter la présidence de cette
thèse, en témoignage de ma
vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FEVRE

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet
de cette thèse et a bien
voulu en surveiller l'exécution.*

*En témoignage de ma profonde reconnaissance pour
son accueil si bienveillant
et ses précieux conseils.*

A MES MAÎTRES ET PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET PHARMACIE DE RENNES

INTRODUCTION

Le cas d'un enfant de 7 ans suivi et opéré par M. Fèvre, dans le service de M. le professeur Ombrédanne, d'une tumeur maligne du gros intestin, nous a incitée à réunir le plus grand nombre possible d'observations semblables, afin de rechercher, en n'utilisant que des faits histologiquement contrôlés, les particularités que peuvent présenter ces tumeurs dans l'enfance.

Nous essaierons de préciser les circonstances où, malgré le jeune âge du sujet, le cancer devra être soupçonné ; de grouper les symptômes les plus fréquemment notés dans les observations, afin d'avoir, sinon les éléments d'un diagnostic précoce, du moins des signes de probabilité tels qu'ils justifieraient une laparatomie exploratrice, pouvant devenir le premier temps d'une intervention relativement précoce et efficace.

Limitant notre sujet, nous n'envisagerons que les tumeurs primitives du cœcum et du cadre colique, laissant de côté les localisations sigmoïdiennes et rec-

tales qui possèdent une individualité anatomo-clinique, et qui, d'autre part, sont infiniment moins rares que celles de la portion haute du gros intestin.

Nous n'avons retenu que les cas survenus chez des enfants âgés de moins de seize ans.

OBSERVATION INÉDITE DE MM. FÈVRE ET ARMINGEAT.

*Sarcome du cæcum et du côlon ascendant
chez un enfant de 7 ans*

Le jeune B... Roger, 7 ans, est amené à l'hôpital le 8 décembre 1933, dans le service du professeur Ombredanne, pour une tuméfaction abdominale, apparue depuis quinze jours et augmentant rapidement de volume.

L'enfant ne souffre pas. Il a peu d'appétit, est amaigri.
T° 37°5-38°5.

EXAMEN : la tuméfaction siège à droite, elle est dure, mate, immobile, non douloureuse.

L'examen radiologique montre qu'il n'existe pas de lésions osseuses. Après un lavement baryté, on voit la masse tumorale s'encadrant dans les côlons ascendant et transverse.

Le cæcum et le côlon ascendant sont mal remplis et refoulés en arrière, le transverse est refoulé vers le haut.

On a l'impression d'une tumeur antérieure exeluant donc une localisation rénale.

Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur colique.

INTERVENTION le 12 décembre 1933 (D^r Armingeat et D^r Fèvre).

Anesthésie à l'éther.

Par une laparotomie médiane sus et sous ombilicale, on arrive sur la tumeur qui paraît extirpable.

On sectionne d'abord l'iléon, sur lequel existent de

multiples petites tumeurs de la grosseur d'un pois, puis le méso qui contient de nombreux ganglions. Hémotase de proche en proche de ce méso.

Après ligature, section du tronc iléo-cæco-colique droit et de la colique droite supérieure.

Décollement de la tumeur du duodénum et section du côlon, en zone saine.

La tumeur ne tient plus alors que par ses attaches péritonéales externes et postérieures que l'on libère progressivement.

De nouvelles petites tumeurs apparaissent pendant ce temps sur le grêle, augmentant de volume sous les yeux mêmes des opérateurs stupéfaits.

Après avoir fait un point de rapprochement séreux sur une anse grêle intéressée par le bout d'une pince, on pratique une anastomose termino-terminale iléo-colique, bord à bord, par sutures au fil de lin.

Mickulicz à quatre mèches dans la fosse correspondant à l'emplacement du cæcum et du côlon ascendant.

Fermeture de la paroi, aux crins totaux.

SUITES OPÉRATOIRES :

La température tombée au lendemain de l'opération à 37°, 37°6 remonte immédiatement à 39°6 et oscille aux environs de 39° pendant une dizaine de jours.

Suppuration pendant quelques jours. Production d'une fistule.

L'enfant maigrit mais reprend quelques forces, tout en restant amaigri.

Fermeture de la fistule.

Le 18 janvier, température 37°5, l'enfant est rendu à sa famille. Il sort fatigué, en état général médiocre, mais suffisant pour autoriser son départ.

Des renseignements sont envoyés au médecin traitant avec demande de radiothérapie.

DÉCÈS : deux mois environ après la sortie.

PIÈCE OPÉRATOIRE :

I. — *Macroscopiquement* : Enorme masse pesant 1.280 grammes, mesurant 15 cm. sur 20.

— Elle comprend : la tumeur, la fin du grêle portant de petites tumeurs, le mésocôlon droit, la partie droite du transverse.

— Extérieurement, formidable masse lobulée, dans laquelle disparaît l'intestin grêle, occupant le cæcum, tout le côlon ascendant méconnaissable et d'où paraît sortir le côlon transverse (voir figures 2, 3). *L'appendice* est visible à la partie inféro-interne de la tumeur (voir figure 1)

— A la coupe, la tumeur est ferme dans l'ensemble, blanchâtre avec marbrures violettes et points plus mous.

— L'aspect est celui d'un *sarcome*.

— D'abondants *ganglions* truffent le mésocôlon transverse.

— Une série de *petites tumeurs* existent sur l'intestin grêle.

LA LUMIÈRE INTESTINALE peut être suivie sur la coupe. Elle est très *rétrécie*, canaliculaire, et suit, dans une série de courbes, la saillie interne des gros lobules de la tumeur (voir figure 4), elle présente à la partie moyenne du côlon ascendant une sorte de cul-de-sac s'enfonçant entre deux lobules.

II. — *Microscopiquement* : examen histologique par le D^r Huguenin :

Fragments prélevés : 2 fragments de tumeur,
2 fragments d'intestin grêle,
1 ganglion.

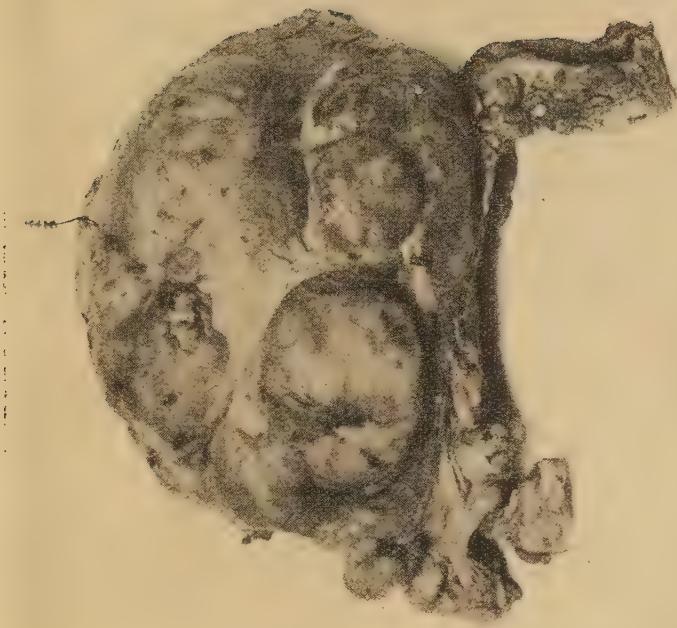


Fig. 1

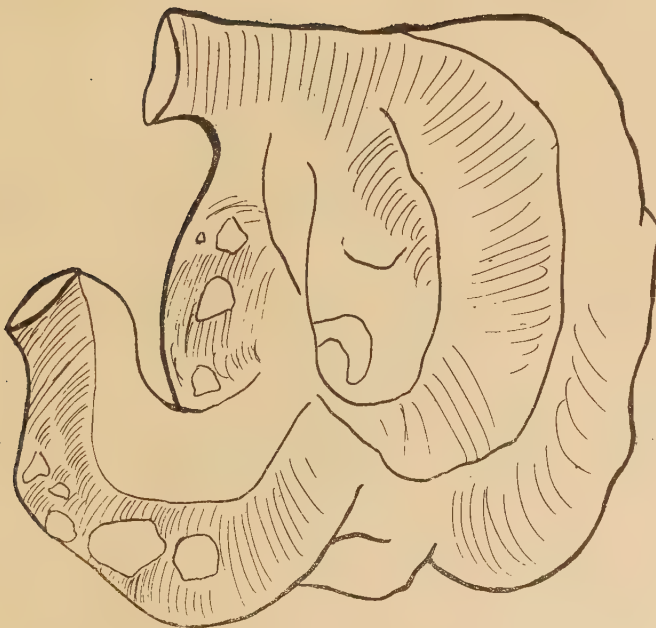


Fig. 2

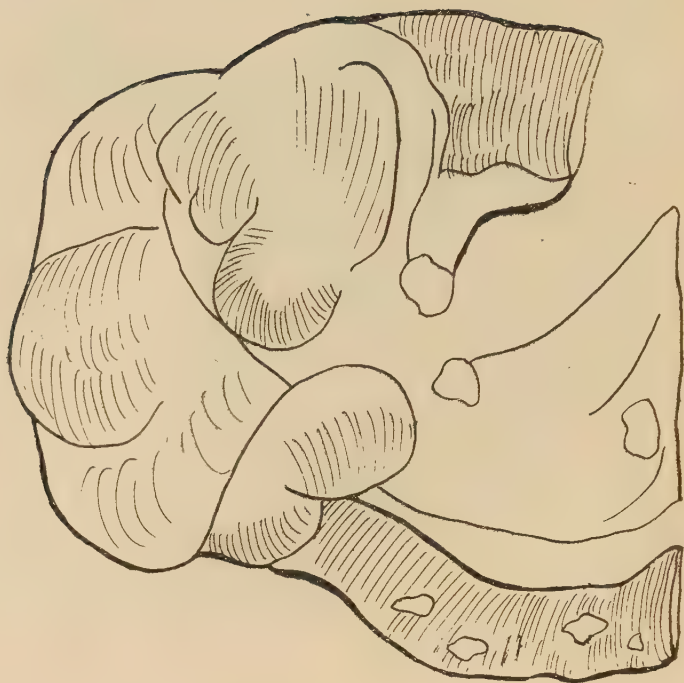


Fig. 3

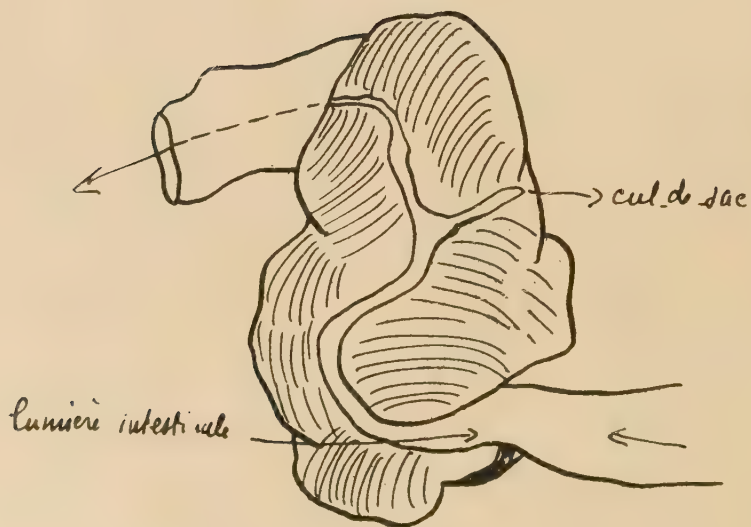


Fig. 4

Ganglion : d'aspect normal. Signes d'inflammation sub-aiguë peu marqués. Dans le sinus périphérique, il y a quelques discrètes embolies néoplasiques.

Sur les fragments d'intestin : embolies néoplasiques, les plus petites strictement sous-péritonéales, les plus évoluées envahissant la musculature de dehors en dedans

Quant à la tumeur, c'est un sarcome lymphoblastique.

HISTORIQUE

Les tumeurs malignes du gros intestin ont rarement fait, chez l'enfant, l'objet de travaux spéciaux.

Pour la première fois, LEBERT, en 1851 (*Traité des maladies cancéreuses*), rechercha « avec un soin tout particulier le cancer dans le jeune âge », il en réunit 15 cas, mais aucun n'intéresse le segment intestinal.

Dans leurs mémoires, ROBERTS et HIRSCHPRUNG (1862-1865) concluent seulement à la fréquence des localisations rénales.

RATHERY (1870), traitant du « Diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants » ne discute le cancer qu'en tout dernier lieu et s'il cite une observation, celle de Clar, c'est avec cette restriction « qu'elle ne paraît pas avoir débuté par les parois intestinales ».

Concluant sur 182 observations, DUZAN (1876), dans sa thèse sur « Le cancer chez l'enfant » ne signale aucun fait se rapportant au tube digestif.

S'il est cité 10 observations de « fibromes embryonnaires » (sarcomes) de l'intestin dans la thèse d'ABLON

(1898), quatre n'ont pas subi le contrôle de l'examen histologique, et parmi les autres il n'en est qu'un à siéger sur la partie des colons qui nous intéresse.

LOUART (1900), étudiant le « Cancer du gros intestin dans la jeunesse » note 3 cas de 1 à 10 ans et 6 de 10 à 20 ans, un seul rentre dans le cadre de notre travail.

Dans l'ouvrage de DE BOVIS « Le cancer du gros intestin », reposant sur l'analyse de 426 faits, les deux plus jeunes malades avaient, l'une 14 ans et l'autre 16.

NOBÉCOURT (1905), HUTINEL (1909) consacrent l'un et l'autre un court chapitre de leurs traités sur les maladies digestives de l'enfance, au cancer de l'intestin, mais ils n'y étudient que les sarcomes, considérant comme exceptionnel l'épithélioma à ce niveau.

Un peu plus tard, BAUR et BERTEIN (1914) n'envisagent au contraire que le cancer épithélial du gros intestin chez les jeunes ; la majeure partie des cas rapportés (15 sur 20) ont été notés de 16 à 25 ans.

Depuis, ce ne sont plus que des faits isolés qui, révélés par les hasards de la clinique, sont communiqués pour leur rareté, par les praticiens, frappés du jeune âge de leurs malades.

Nous avons réuni ceux que nous avons trouvés dans la littérature et regrettons de n'avoir pu, malgré nos recherches, obtenir de précisions sur les cas suivants :

CHAJUTIN (1929). Carcinome du cœcum chez une jeune fille de 14 ans.

WALKER et DALY, (1934). Carcinome du cœcum chez un garçon de 5 ans.

WAINWRIGHT, (1925). Epithélioma cylindrique de l'angle splénique chez un enfant de 11 ans.

GENERALITES

Après ce préambule historique,

I. — Nous nous proposons d'étudier la fréquence de ces tumeurs dans l'enfance, suivant :

la nature et le siège de la tumeur,
l'âge et le sexe de l'enfant.

II. — Nous nous attacherons ensuite à rechercher et réunir les symptômes précoces qui traduisent le développement de ces tumeurs chez ces jeunes sujets.

Nous noterons :

III. — Les caractères de l'évolution.

IV. — Les difficultés de diagnostic.

Enfin, nous traiterons rapidement :

V. — L'anatomie pathologique,

VI. — Le traitement, qui n'offrent chez les jeunes aucune particularité.

VII. — Pronostic.

CHAPITRE PREMIER

FREQUENCE

TUMEURS RARES.

Si on laisse de côté les tumeurs du sigmoïde et du rectum, assez nombreuses, comme le signale dans un rapport M. Guimbellot, les tumeurs des autres segments du gros intestin sont *exceptionnelles* chez l'enfant.

Dans un travail de STEFFEN il est réuni vingt observations de tumeurs de l'intestin chez l'enfant, mais il s'agissait, dans la majorité des cas, de tumeurs de l'intestin grêle.

SCHAMONI réalisa 2.500 nécropsies d'enfants de un à dix ans sans trouver jamais de tumeur intestinale.

JANUTZ, dans une revue de 831 cas de cancer, et MATZEN, dans une étude de 8.054 cas, ne notent, le premier que quatre exemples, le second que dix-sept durant les deux premières décades de la vie.

A Odessa, MEDWEDEW vit, en trente-cinq ans d'observations, 1.181 cas de cancer et n'en enregistra pas un seul au-dessous de 10 ans.

CHAJUTIN établit qu'en 1929, le Comité de recherche du cancer n'avait constaté, parmi les 12.179 cas rencontrés, aucune localisation chez l'enfant. Il cite une observation personnelle de cancer du cœcum chez une jeune fille de 14 ans.

Il s'agit certainement d'une affection très rare. OKINCZYC, dans son ouvrage sur le cancer de l'intestin, rapporte d'importantes statistiques et une bibliographie considérable où il n'est pas fait mention de cancer du gros intestin chez l'enfant.

En 1931, ROCHER et GUÉRIN, à l'occasion de la publication d'une observation personnelle, dressaient une liste des cas authentiques connus de cancer colique sus-sigmoïdien chez l'enfant et estimaient qu'il n'y en avait que huit :

Ceux de Clar, Mayo Robson, Pétroff, Mouchet et Bé ranger, Wainwright, Drinkwater, Watts et le leur.

Nous ne retenons pas les observations de Pétroff et Watts, leurs malades ayant respectivement 16 ans 1/2 et 18 ans, ni celle de Clar où la tumeur intestinale ne semble avoir été qu'une *localisation secondaire*.

Mais ROCHER et GUÉRIN ont limité l'appellation mal définie de cancer aux seules tumeurs épithéliales. Or, chez l'enfant, on observe indiscutablement au niveau du gros intestin une autre variété de néoplasme : le sarcome.

Aussi ajouterons-nous aux observations d'épithéliomas — nous en avons retrouvé six autres dans la littérature, dont deux postérieures à la publication de celle de Rocher et Guérin — les localisations sarcomateuses.

ÉPITHÉLIOMES ET SARCOMES.

« Le cancer, tumeur maligne, se rencontre à l'intestin sous ses deux formes habituelles : l'épithéliome et le sarcome », mais « d'une façon générale, le sarcome primitif est aussi rare au niveau du gros intestin qu'il est fréquent au niveau de l'intestin grêle » (OKINEZYC).

DE BOVIS avait aussi conclu que, dans la majorité des cas, le cancer du gros intestin était un adénocarcinome ou épithélioma-tubulaire et que le sarcome était une exception.

Or, en pathologie infantile, les statistiques établissent que le sarcome est la forme la plus fréquente des tumeurs malignes, et NOBÉCOURT et HUTINEL affirment nettement que, même au niveau du gros intestin, c'est le sarcome qui demeure le plus fréquent et l'épithélioma qui est exceptionnel.

Etudiant la *Revue des Maladies de l'enfance et les Archives des Maladies des Enfants* de 1884 à 1922, MOUCHET et BÉRANGER ne relèvent aucun cas d'épithélioma, mais seulement dix cas de sarcomes (siégeant sur l'intestin en général : Thèse d'Ablon), tandis que dans la littérature allemande, au contraire, ils notent les épithéliomas intestinaux chez l'enfant (Haussmann, 1882).

STEFFEN, de Stettin, en 1905, dans son ouvrage « *Die malignen geschwülste in Kindesalter*, » ouvrage dont les observations sont en très grande majorité appuyées sur des examens histologiques, compte sur vingt cas de tumeurs intestinales, dix cas de sarcomes et dix cas de tumeurs épithéliales.

Les deux genres de tumeurs seraient donc observés en nombre égal, et seraient, pour l'auteur, plus fréquents au niveau du gros intestin que de l'intestin grêle.

D'après les résultats de nos recherches (13 épithéliomas, 7 sarcomes), *l'épithélioma, dans l'ensemble, serait plus fréquent que le sarcome* chez l'enfant, mais nous le verrons plus loin, le sarcome restera la tumeur des « très jeunes » et l'épithélioma se rencontrera chez des enfants plus âgés.

FRÉQUENCE PAR COMPARAISON AVEC LES LOCALISATIONS
SUR LES AUTRES SEGMENTS DU TRACTUS INTESTINAL

On constate que le cancer du gros intestin est observé plus souvent que le cancer du grêle et pour le moins, autant que celui de l'estomac. Le cancer de l'oesophage si fréquent dans l'âge avancé n'est pas observé, et le cancer du rectum est plus fréquent que celui des côlons.

BERNOUILLI décompte ainsi les 50 observations de cancers réunies par lui chez des sujets de moins de vingt ans :

Estomac	13
Duodénum	0
Intestin grêle	3
Côlons	13
Anse sigmoïde	8
Rectum	21

Chez les sujets âgés la proportion des cas sur les

divers segments digestifs n'est pas la même, les statistiques accusant une prépondérance très marquée du cancer de l'estomac pour la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

FRÉQUENCE DU CANCER AU NIVEAU DES DIVERS SEGMENTS
DU GROS INTESTIN

Les observations réunies par BAUR et BERTEIN — épithéliomas survenant jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans — se répartissent topographiquement ainsi :

Cœcum	1
Côlon ascendant	4
Côlon transverse	1
Côlon descendant	3

Les observations de 20 tumeurs que nous avons réunies se localisent ainsi :

Siège	Epithéliome	Sarcome	Total
Cœcum	3	6	9
Côlon ascendant...	4	0	4
Côlon transverse...	2	1	3
Côlon descendant...	4	0	4

Considérant successivement chacune de ces formes et d'autre part l'ensemble de ces tumeurs, nous notons que :

— L'ÉPITHÉLIOMA se rencontre sur les différents segments du cadre colique avec approximativement la même fréquence relative que chez l'adulte ;

— le SARCOME. 1) se révèle infiniment plus fréquent que dans l'âge avancé. GLINSKI rapportant une statis-

tique de NOTHNAGEL relève pour une période de douze ans, 12 cas seulement de sarcomes de gros intestin sur 243 cancers de cet organe ;

2) A une prédilection marquée pour le cœcum.

— De toutes les portions de l'intestin la *région cœcale* est la plus souvent atteinte; près de la moitié des tumeurs siègent sur elle. Cette élection existe à un bien moindre degré chez l'adulte.

Age et sexe.

Nos cas se décomposent ainsi :

I. —	Age	Epithéliome	Sarcome
	0 à 3 ans.....	0	0
	4 —	0	1
	5 —	1	1
	6 —		2
	7 —	1	1
	8 —		1
	9 —		
	10 —	1	
	11 —	2	
	12 —		
	13 —	3	
	14 —	3	1
	15 —	1	

On remarque les différences de fréquence entre ces deux formes tumorales.

Le SARCOME : 6 fois sur 7 a lieu entre 4 et 8 ans.

L'ÉPITHÉLIOME : 10 fois sur 13 est observé entre 10 et 15 ans.

Le cas le plus précoce de tumeur maligne aurait été observé chez un monstre nouveau-né (Ahlfeld).

II. — Quant au *sexe* nous trouvons :

Filles	4
Garçons	16

Nous n'avons pas rencontré un seul cas de sarcome chez les fillettes.

Nous notons à titre documentaire que la mère d'une petite malade serait morte d'un néoplasme intestinal (obs. XVII), et que le grand-père d'une autre aurait succombé à un cancer du rein. (obs. XX).

CHAPITRE II

SEMEIOLOGIE DE DEBUT

Nous avons été frappée de l'*extrême diversité* des premières manifestations cliniques qui ont traduit, chez l'enfant, l'existence de ces tumeurs malignes et il nous a semblé qu'il fallait, plus encore que pour l'adulte, émettre des réserves sur la constance des signes classiques et des types habituels.

Dans l'impossibilité de superposer aux diverses variétés anatomiques un tableau symptomatique spécial, nous étudierons successivement :

- les premiers symptômes simplement classés par ordre de fréquence ;
- les formes rencontrées, classiques ou atypiques.

ETUDE DES PREMIERS SYMPTÔMES.

— *C'est la douleur* qui a constitué le plus fréquent signe de début, mais il n'est pas impossible que les faits d'observation se trouvant réduits par suite du jeune âge du sujet, on ait donné à ce symptôme une importance primordiale plus apparente que réelle.

Cette douleur affecte les modalités les plus variées, les intensités les plus diverses. Elle est généralisée à tout le ventre (obs. XVII) ou localisée en un point précis, notamment à la fosse iliaque droite (obs. I, XI, XIV, XV) ne correspondant pas toujours au siège de la tumeur. C'est une douleur vive ou sourde, continue avec crises paroxystiques (obs. XVII), quelquefois elle se réduit à de simples malaises (obs. XIV).

— Si dans quelques cas elle reste l'unique premier signe, plus souvent elle s'accompagne de *troubles gastro-intestinaux*, troubles de la défécation, marqués en général par de la *constipation*, quelquefois par de la *diarrhée* ou alternativement par l'une et l'autre. A ces troubles s'associent des *vomissements* alimentaires ou « bilieux » se répétant en général aux moments des crises douloureuses.

— Une *tuméfaction* apparue très rapidement dans l'abdomen constitua trois fois (obs. I, IV, V) le premier signe révélateur. Tumeur en général vite volumineuse, mate, plus ou moins mobile, complètement indolore (obs. I) ou légèrement sensible, régulière à la palpation ou présentant une ou deux voussures.

La constatation de la tumeur a quelquefois été contemporaine des manifestations douloureuses et de la constipation.

— Un *vomissement unique* de « bile » (obs. II), une *ascite* (obs. XIII) furent le début de l'histoire clinique de deux petits malades. Au vomissement succéda chez le premier enfant une période d'abattement, d'inap-

pétence sans amaigrissement, mais avec *pâleur accentuée*.

— *L'altération de l'état général* se produit parfois très rapidement. L'enfant est pâle (obs. II), manifestement anémié (obs. X), mais il n'existe pas de coloration spéciale des téguments ; l'amaigrissement est quelquefois appréciable dès les premiers jours (ob. I) et progresse rapidement (obs. IV), particulièrement dans les cas de sarcomes.

En général, il n'y a pas d'élévation de température.

La fièvre traduit un cancer infecté.

FORMES CLASSIQUES ET ATYPIQUES.

— Si nous avons trouvé — d'ailleurs le plus souvent incomplète la trilogie précoce d'OKINCZYK : amaigrissement, anémie, troubles dyspeptiques, qui « constitue vraiment la première manifestation du cancer de l'intestin quelle que soit sa localisation », nous avons encore, plus souvent rencontré, des symptomatologies d'emprunt qui sortaient des cadres habituels.

— D'autre part, on décrit chez l'adulte des types schématiques différents d'après le siège de la tumeur sur le cadre colique, opposant les tendances évolutives des néoplasmes des côlons gauche et droit : les complications infectieuses étant plutôt l'apanage des formes végétantes du cœco-ascendant et les accidents mécaniques caractéristiques des squirrhes peu envahissants du côlon gauche.

— Or l'exposé des faits dans l'enfance montre l'extrême polymorphisme clinique, et la fragilité des notions classiques de ces différenciations entre le cancer du côlon droit et le cancer du côlon gauche.

I. FORMES CLASSIQUES.

Le néoplasme ne se traduit que par des symptômes banaux, *simples troubles du transit intestinal* qui ne vont retenir l'attention que parce qu'ils durent et s'accroissent.

— Presque toujours c'est une *constipation*, d'abord inconstante, puis de plus en plus opiniâtre qui s'installe chez un sujet dont le fonctionnement intestinal était auparavant normal.

— On note des *poussées diarrhéiques*, en général passagères.

— Plus ou moins rapidement vont apparaître des crises de *vomissements*, alimentaires ou bilieux, plus tard fécaloïdes, ce syndrome d'*obstruction chronique aboutissant fréquemment à l'occlusion aiguë* (obs. XI, XII, XVIII, XX, VI).

— Objectivement le ventre est tendu, météorisé, de sonorité tympanique, des ondulations péristaltiques se révèlent à sa surface par intermittence.

— La *palpation* révélera souvent la tumeur. La masse perçue peut être cylindrique ou arrondie, mobile ou fixée par des adhérences. Le palper, parfois douloureux, ne renseignera qu'approximativement sur le volume de la tumeur, la contracture abdominale en masquant les contours et l'accumulation des

matières en amont de la sténose pouvant la faire paraître plus volumineuse.

— Le *mælena* n'est pas noté, mais étant donné que l'attention n'était pas attirée du côté du diagnostic de néo l'examen des selles est négligé.

— Le *toucher rectal* fait percevoir (obs. VI) le pôle inférieur de la tumeur qui avait d'ailleurs été reconnue au palper.

— *L'altération de l'état général* est constatée dès la période cliniquement initiale.

Se sont révélés sous cette forme

deux	épithéliomas	du côlon ascendant
un	—	de l'angle splénique
un	—	du côlon descendant
un	sarcome	du cœcum.

II. FORMES ATYPIQUES.

Les formes à débuts anormaux que nous avons rencontrées ont revêtu des aspects très divers. Tantôt c'est une affection intestinale non cancéreuse qui attire l'attention et rien ne permet de soupçonner le néo derrière les troubles observés. Tantôt l'affection semble intéresser un autre viscère que l'intestin. Tantôt c'est un syndrome douloureux abdominal d'origine obscure. Enfin parfois la symptomatologie est excessivement réduite : un seul signe : une tumeur.

I. FORMES A DÉBUT INTESTINAL.

1° *forme simulant l'appendicite* (obs. II, III, X, XIX)

Début brutal : douleurs vives dans la fosse iliaque

droite, localisées au point de Mac BURNET (II), vomissements répétés, font porter le diagnostic de crise appendiculaire. Il existe de la constipation. Pas de débâcles diarrhéiques, ni de mœlena. Le toucher rectal, quand il est pratique, ne fournit aucune sensation spéciale.

L'évolution est variable.

— *Absence de tumeur* (obs. II, XIX). On temporise et instaure le traitement médical : glace, repos au lit, diète. Les accidents cessent rapidement (XIX), la crise étant une réaction de voisinage (ectasie cœcale douloureuse de BOUVREAU), ou résistent à la thérapeutique (la tumeur siège sur le cœcum) et nécessitent l'intervention.

— *Constatation d'une tumeur* (obs. III, X). Elle siège dans la fosse iliaque droite — est arrondie ou allongée, plus ou moins mobile et douloureuse — et peut être un peu masquée par de la défense musculaire.

Le diagnostic s'oriente différemment vers une tuberculose hypertrophique du cœcum ou un stercorome. (la tumeur n'est pas modifiée par les évacuants) et l'intervention est décidée.

Trois fois la tumeur est localisée au cœcum — un épithélioma, deux sarcomes — une fois, elle siège à l'angle splénique du côlon.

2^e forme simulant la tuberculose (obs. VII, XIII, XIV).

Le cancer se développe sous les symptômes d'une péritonite tuberculeuse à début brusque ou insidieux.

Depuis trois semaines, un enfant se plaint de douleurs abdominales, souffre de constipation, puis de diarrhée, accuse un amaigrissement marqué contrastant singulièrement avec le volume de l'abdomen. La faible sensibilité de l'abdomen, la sensation d'exsudat liquide, la température, (faibles exacerbations vespérales), le volume médiocre des tumeurs palpées et l'évolution, font porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Absence d'intervention. Mort par cachexie (obs. VII). Chez les deux autres malades, un passé tuberculeux, (*ascite* il y a quatre ans, *lésions multiples osseuses et articulaires* depuis deux ans) laissent peu de doutes sur l'origine de l'occlusion intestinale qu'ils présentent, et qui paraît être la complication d'une péritonite tuberculeuse.

II. FORME EXTRA-INTESTINALE (obs. XIX).

La localisation d'une tumeur à l'angle splénique du côlon fit hésiter le diagnostic entre : phlegmon péri-néphrétique et abcès de la rate.

L'enfant était pâle, prostré, température 38°, pouls 120, souffrait dans l'hypocondre gauche où l'on trouva une tumeur, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion et donnant le contact lombaire.

III. FORMES DOULOUREUSES (obs. XV, XVI).

Ici, pendant longtemps des douleurs abdominales traduiront seules le néoplasme.

Tardivement, les selles deviendront irrégulières et des vomissements surviendront parfois.

L'intervention, nécessitée encore par de l'obstruction, montre la présence de deux tumeurs du côlon transverse.

IV. FORME TUMORALE (obs. I, IV, V, VI).

Nous ne saurions mieux faire, pour décrire cette forme, que d'en emprunter la description à l'observation de M. FÈVRE, observation typique que reproduiront avec seulement des différences de détails, les autres cas.

« C'est pour une *tuméfaction abdominale*, apparue depuis quinze jours et qui *augmente rapidement* de volume que le jeune B... Roger (7 ans) est amené à l'hôpital.

L'enfant n'accuse aucune douleur, on ne note pas de troubles digestifs, il existe de l'amaigrissement, l'enfant a peu d'appétit.

A l'examen : la tuméfaction siège à droite, elle est dure, mate, immobile, non douloureuse.

Un examen radiologique, après lavement baryté, permet de préciser la masse tumorale qui s'encadre dans les côlons ascendant et transverse. Le cœcum et le côlon ascendant mal remplis sont refoulés en arrière, le transverse vers le haut.

Dans l'observation IV l'état général est très atteint tandis que chez le petit malade de YOVITCH et STAÏA-NOVITCH il est peu touché.

La tumeur peut être légèrement douloureuse à la palpation et à toute tentative de mobilisation.

— Une enterorragie unique survenue brusquement

orienta, dans l'observation IV, le diagnostic vers l'origine intestinale de la tumeur intra-abdominale.

*
**

En résumé :

Certaines tumeurs se manifestent par les signes les plus banaux ; d'autres, déterminent par conjonction trompeuse de symptômes, des tableaux cliniques d'emprunt de sorte que, toutes feront méconnaître pendant un temps plus ou moins long, leur véritable nature.

A la lumière des observations — en faisant remarquer la valeur relative de nos considérations établies sur un nombre de faits limités — nous réunissons les différents signes qui devraient éveiller l'attention du clinicien en faveur d'un néoplasme.

1° Malaise abdominal localisé ou généralisé, qui se prolonge, avec douleurs et coliques de plus ou moins grande intensité réalisant un syndrome douloureux d'origine obscure.

2° Constatation d'une tumeur.

3° Atteinte de l'état général avec perte de poids, anémie ou ascite.

4° Présence d'une obstruction avec ses différents degrés.

5° Altération du caractère des selles et hémorragie intestinale.

Certains de ces signes sont trompeurs, leur filiation n'est pas toujours facile à établir, l'observation devra tout mettre en œuvre pour les rattacher à la cause initiale.

CHAPITRE III

EVOLUTION

La rapidité d'évolution est un trait essentiel de l'histoire maligne des tumeurs du côlon dans l'enfance.

On peut penser qu'une plus ou moins longue période d'évolution latente a précédé l'apparition des premiers signes cliniques ; il n'en est pas moins vrai que dans la majorité des cas, depuis la constatation des premiers symptômes jusqu'à la mort, il ne s'est écoulé que quelques mois : 4 à 5 en moyenne.

— Toutefois, nous avons trouvé des observations où les tumeurs évoluèrent respectivement pendant 4 ans (obs. XIII) et 2 ans (obs. XV) avant d'aboutir à l'occlusion.

— La marche de l'affection se révèle *d'autant plus rapide que l'enfant est moins âgé*. Aussi, est-ce dans les formes sarcomateuses où les sujets frappés ont de 4 à 8 ans, que l'on voit le temps d'évolution se réduire à 2 et 3 mois (I, V).

La mort survient à brève échéance :

— 1° *non opéré* : l'enfant succombe aux progrès de la cachexie (VII).

— 2° *opéré, mais tardivement* : aux stades d'occlusion, l'issue est encore fatale, le malade meurt des suites opératoires : le lendemain de l'intervention (obs. III, XIII, XV, XVIII) quelques jours après (X, XI) et rarement, au bout de plusieurs mois.

Un seul succès : l'opérée de Mayo qui fut déclarée « guérie » la bonne santé se maintenant encore un an après la résection tumorale.

— 3° *opéré mais non curativement* : du fait d'un diagnostic erroné ; l'enfant meurt de généralisation.

Un cas typique : celui du jeune garçon que Robertson et Ogilvie opérèrent pour tuberculose hypertrophique du cœcum et dont l'histoire intestinale se compliqua trois mois après d'accès convulsifs attribués cliniquement à une méningite tuberculeuse.

L'autopsie révéla la nature maligne de la tumeur intestinale et l'origine métastatique de la petite grosseur développée au niveau de la région occipitale droite.

— 4° enfin *opéré précocement* semble-t-il, quinze jours après l'apparition de la tumeur (observation de M. Fèvre) qui constitue l'unique symptôme, l'enfant meurt deux mois après l'intervention. Dans l'observation de Yovtchich et Staïanovitch (17) où l'on intervient deux mois après la constatation de la tuméfaction, malgré un état général peu atteint, le malade succombe trois jours après l'opération. Notons qu'à

l'autopsie faite le lendemain, on découvrit un gros ascaris dès l'ouverture du péritoine et on décela à la partie postérieure de l'anastomose intestinale un orifice lenticulaire. On retrouva trois autres ascaris réfugiés dans le duodénum.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce des cancers du côlon est, chez l'adulte, des plus difficiles ; que le néoplasme frappe l'enfance ce diagnostic s'avère alors presque impossible.

Il n'a été posé qu'exceptionnellement dans nos observations. Si MM. Fèvre et Armingeat étaient intervenus avec la notion préopératoire de tumeur colique vraisemblablement maligne en général, au moment de l'intervention on ignore encore la nature réelle de l'affection ; on opère pour parer aux phénomènes occlusifs ou pour extirper une masse de siège imprécis, d'origine indéterminée.

1° *Le jeune âge du sujet* a fait, *à priori*, écarter l'hypothèse de cancer dans la majorité des cas. Or, ces dernières années ont apporté un démenti certain à la notion classique de rareté du néoplasme dans l'enfance. On ignore encore trop souvent que les tumeurs

malignes ne sont pas l'apanage du seul âge mûr. Certes, elles ne se sont pas révélées aussi fréquentes chez les jeunes que chez l'adulte et le vieillard ; néanmoins, les faits d'observation de tumeurs du foie, du rein, de l'intestin se sont assez multipliés pour que l'on pense au cancer chez l'enfant, autrement que pour l'éliminer systématiquement.

2° *Les signes classiques* : troubles gastro-intestinaux vagues, amaigrissement, anémie, qui chez l'adulte ne tiraient leur valeur que de leur apparition chez un sujet ayant *dépassé la quarantaine*, redeviennent ici les symptômes banaux d'affections plus communes : colites, tuberculose.

Le malade de Pouzet qui évolua avec un tableau de troubles digestifs suivis d'obstruction chronique posa un des diagnostics le plus impossible à trancher. C'était vraisemblablement un tuberculeux osseux, suspect d'hérédo-syphilis, et il semblait logique de mettre sur le compte d'une péritonite tuberculeuse la diarrhée avec coliques et ballonnement qu'il présentait. Même après une laparatomie pour dérivation interne, on hésita seulement entre tuberculose et syphilis à cause de l'aspect spécialement scléreux de la tumeur colique encore mobile ; l'idée ne vint pas de réintervenir rapidement pour une exérèse et l'on remit l'enfant au traitement spécifique. Seul le développement d'une greffe sur la cicatrice de laparatomie (le malade avait échappé à la surveillance de Pouzet) fit penser au cancer.

3° Quant aux *manifestations atypiques*, l'erreur semble alors inévitable : les affections auxquelles elles empruntent leur symptomatologie étant infiniment plus courantes que le cancer dans l'enfance.

Il n'y a pas de tumeur.

— La confusion du cancer du cœcum avec l'*appendicite* est fréquente et se conçoit facilement. Il s'agit de malades chez lesquels se répètent des crises douloureuses de la fosse iliaque droite avec vomissements, arrêt des matières, contractures abdominales.

Une tumeur est constatée.

— L'apparition d'une tumeur dans l'hypocondre droit oriente le diagnostic vers une *tuberculose iléo-cœcale* que les commémoratifs avaient déjà fait envisager.

— Etant donnée la fréquence relativement grande du *sarcome du rein* on y songe plus facilement qu'au néoplasme intestinal.

YOVTCICH et STAÏNOVITCH, qui avaient observé en cinq ans 16 cas de sarcomes du rein et dont un, développé en dedans du pôle inférieur, présentait une symptomatologie tout à fait superposable au cas rapporté ici, avaient fait pour lui le même diagnostic.

— Suivant les signes qui accompagnent l'apparition de la tumeur on pose le diagnostic de *volvulus* ou *invagination*, *phlegmon périnéphrétique* ou *abcès de la rate*, *stercorome*.

L'erreur se poursuit au cours de l'évolution, les métastases ne sont pas rapportées à leur véritable origine, (obs. X) l'intervention elle-même ne tranche pas le

diagnostic et c'est seulement l'examen histologique qui révélera la vraie nature de l'affection.

Exceptionnellement, le moelena, une entérorragie attirent l'attention et permettent de présumer du siège et de la nature de la tumeur qui évolue d'ailleurs depuis un temps variable.



Ainsi, la clinique se révèle impuissante à préciser, à elle seule, le diagnostic. On conçoit donc la nécessité de faire appel aux autres moyens d'investigation pour écarter les sources de confusions, aiguiller un diagnostic hésitant, ou confirmer l'affection présumée.

Radiologie : De toutes les ressources complémentaires dont on dispose la radiologie s'avère la plus précieuse.

Elle a été négligée dans la plupart des observations qui pouvaient en tirer parti ; nous ne la trouvons utilisée que par : MM. FÈVRE et ARMINGEAT, PFEIFFER et WOOD, ROCHER et GUÉRIN, POUZET.

Les renseignements fournis sont variables.

1° En présence d'une tumeur reconnue cliniquement mais de siège incertain, la radioscopie tranchera le diagnostic entre *tumeur intestinale* et *tumeur rénale*.

C'est ainsi que MM. FÈVRE et ARMINGEAT examinant leur petit malade après lavement baryté virent « une masse tumorale s'encadrant dans les côlons ascendant et transverse, un cœcum et un côlon ascendant mal

remplis et refoulés en arrière, un transverse refoulé vers le haut » et eurent la notion d'une tumeur intestinale.

En cas de tumeur, le diagnostic est en général évident par le seul lavement opaque qui est suffisant mais nécessaire. ROCHER et GUÉRIN qui pratiquèrent une radiographie simple des deux fosses lombaires n'en retirèrent aucun enseignement malgré la découverte à la palpation d'une tuméfaction dans l'hypochondre gauche.

— 2° En l'absence de tumeur, si l'on arrive à déchiffrer les premiers avertissements cliniques et qu'on veuille explorer radiologiquement l'intestin, le lavement opaque devra être systématiquement complété par l'examen en lumière collabée (lavement au baryum ou aux préparations barytées spéciales) et par l'insufflation (méthode du double contraste).

On pourra voir apparaître et persister des images anormales. Et c'est la constance et la fixité de ces images au cours d'examens successifs qui doivent faire suspecter leur origine maligne.

3° A un degré plus avancé de l'évolution on peut constater à l'aide du lavement opaque que le calibre normal intestinal est réduit à un canal étroit et rigide.

— 4° Enfin au stade d'occlusion, l'examen sous écran n'aura que l'intérêt de situer exactement le siège de la sténose, l'intervention étant réclamée par cette complication.

PFEIFFER et WOOD constatèrent l'arrêt brusque du

liquide baryté dans le côlon descendant, cinq centimètres au-dessus du niveau de la crête iliaque, et ne purent, ni par les changements de position, ni sous l'influence de la pression, remplir le côlon sus-jacent. Chez le petit malade de Pouzet le lavement bismuthé montrait un obstacle absolu en amont de l'angle droit du côlon.

Sans doute, la radio ne permettra pas, surtout au début, un diagnostic définitif. Souvent même, le premier examen restera négatif, il ne faudra pas hésiter à reprendre l'exploration quelque temps après. Car c'est à cette époque où la sémeiologie encore fruste traduit des lésions vraisemblablement peu évoluées que les données radiologiques prennent un intérêt primordial. Ce sont elles qui détermineront l'intervention précoce (ne serait-ce qu'une laparctomie exploratrice) la seule qui ait quelque chance d'être efficace.

Cuti-réaction. — On a souvent pensé, en présence d'une tumeur siégeant dans la partie droite de l'abdomen, à une tuberculose hypertrophique iléo-cœcale, alors que l'on se trouvait devant un cancer du cœcum.

La cuti-réaction à la tuberculine aurait pu servir au diagnostic. Si, positive, elle n'a vraiment de valeur diagnostique que chez les tout jeunes enfants, négative, elle permet d'éliminer avec peu de chance d'erreurs, même chez un malade plus âgé, la nature bacillaire de l'affection (on pourrait toutefois se trouver en présence d'un état anergique).

L'examen du sang en montrant la modification de la formule leucocytaire normale pourra donner l'éveil et confirmer la cuti-réaction.

La leucocytose cancéreuse est parfois très précoce. On pourrait trouver de la polynucléose alors que, dans la tuberculose, la mononucléose se rencontre le plus souvent.

L'examen des selles. — Le laboratoire pourra révéler du sang dans les selles. Bien que cette hémorragie occulte ne soit pas un symptôme constant, elle est assez fréquente pour qu'on la recherche systématiquement.

Diagnostic de nature.

On ne peut avoir que des présomptions, l'examen histologique seul tranche le diagnostic.

En faveur du sarcome on peut retenir la notion de tumeur peu ou pas douloureuse, se développant rapidement dans l'hypocondre droit au niveau du cœcum sans entraîner de troubles fonctionnels appréciables.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu que le cancer du gros intestin se présentait chez l'enfant sous deux formes :

l'épithélioma surtout fréquent entre dix et quinze ans.

le sarcome plus souvent trouvé de cinq à dix ans.

I. L'ÉPITHÉLIOMA.

Dans la plupart des observations où l'aspect macroscopique du cancer rencontré est quelque peu détaillé, il s'est agi de *forme annulaire sténosante*.

Suivant la prédominance du tissu conjonctif ou épithélial la sténose est *squirrheuse* ou *encéphaloïde*. Dans les squirrhés la lumière est plus réduite (admettant seulement une sonde cannelée de 5 millimètres (obs. XV), mais elle n'est toutefois jamais complètement obstruée. La variété encéphaloïde nous a fourni un exemple de la *forme latérale* signalée par Okinczyc. (obs. XVI).

— La surface interne de la sténose est souvent creusée d'une *ulcération* (X, XI, XIII, XV, XVI, XIX). Dans un cancer de l'angle splénique, l'autopsie révéla trois perforations intestinales qui auraient laissé passer un index ganté si elles n'avaient été recouvertes l'une, en haut et en dehors par la rate, une autre en arrière par le rein, une en avant par l'anse sigmoïde.

— *Des métastases* sont presque toujours signalées, Drinkwater n'en trouva pas.

— Les métastases *ganglionnaires* sont les plus fréquentes : mésentériques, bronchiques, para-aortiques.

— *Le grêle* est très souvent atteint. Dans le cas de MM. Fèvre et Armingeat il est extrêmement curieux de noter que les *tumeurs du grêle* avaient grossi durant l'intervention même (probablement par stase lymphatique ou rétrodilataction vasculaire).

— *Le foie* est fréquemment le siège de localisations secondaires mais il peut y avoir un foie indemne et des métastases très éloignées de la tumeur primitive. Dans l'observation X, le foie était normal et il existait des nodules tumoraux dans les fosses cérébrales. Il est à remarquer que la surface des organes qui couvraient les perforations intestinales était restée lisse et ne paraissait pas être envahie par le néo.

— *Les poumons, la rate* ont été plusieurs fois envahis.

— Il existait dans l'observation XV, outre la sténose cancéreuse localisée, un *état polypeux* généralisé à tout le côlon.

— Enfin, von Muralt avait noté chez son malade la *coexistence de cancer de l'intestin grêle et du gros intestin*; en raison des différences structurales, il n'admettait pas que l'un fût secondaire à l'autre. Les deux tumeurs auraient évolué séparément et indépendantes.

— *L'examen histologique* révèle le type cylindrique du cancer : *adéno-carcinome, carcinome*.

Fréquence de points à dégénérescence colloïde.

LE SARCOME.

— De volume variable, mais en général *très grosse tumeur*, le sarcome dont l'extension se fait le plus souvent longitudinalement *réalise peu la sténose par envahissement circulaire* (ce qui explique la réduction des symptômes cliniques).

La lumière est *habituellement conservée, parfois élargie* (obs. III, IV) *mais peut être diminuée*. Dans l'observation de M. Fèvre elle était très rétrécie, canaliculaire et sinueuse, suivait la saillie interne des gros lobules de la tumeur et présentait un cul-de-sac à la partie moyenne du côlon ascendant qui s'enfonçait entre deux lobules.

— Les sarcomes *respectent ordinairement la muqueuse*. Cependant dans l'obs. V la paroi de l'intestin présente de profondes ulcérations et l'enterorragie de l'obs. IV quoique cuniqué semble bien en signer d'autres.

Métastases : les ganglions sont envahis de bonne

heure. Les ganglions *proches* sont plus fréquemment atteints : ganglions régionaux et mésentériques.

Dans l'observation II il existe, en plus de la tumeur intestinale, une deuxième masse du volume d'une tête de fœtus qui semble développée aux dépens des ganglions mésentériques. Les ganglions éloignés : ganglions iliaques, inguinaux et sus-claviculaires sont volumineux et dégénérés.

— *les métastases péritonéales* ne sont pas rares : épiploon.

— *les métastases viscérales* sont rarement notées.

— Enfin dans l'observation IV l'exploration de la région ne montra *aucune* adénopathie satellite.

— *L'appendice* peut rester sain (II, IV), mais souvent on n'arrive pas à le découvrir dans la masse cancéreuse (V, VI).

— *Examen histologique*.

Sarcome globo-cellulaire le plus souvent.

Lymphadénome ou lymphocytome.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans la plupart des cas où l'on est intervenu chirurgicalement, on a eu recours aux deux méthodes classiques d'indications définies : l'anús contre nature et la résection néoplasique.

ANUS CONTRE NATURE.

C'est à lui qu'ont eu recours les opérateurs dans les cas où le cancer se manifestant par une de ses complications, l'iléus aigu, nécessitait une thérapeutique d'urgence et peu choquante ; ou encore dans ceux où une thérapeutique, rendue indécise du fait de l'absence de diagnostic, a conduit le malade à la période terminale où les seules interventions palliatives sont de mise.

L'anús contre nature a été établi d'emblée : le chirurgien ayant eu la notion clinique préopératoire d'une occlusion ; ou secondairement à une laparotomie exploratrice qui avait montré la dilatation intestinale

et l'impossibilité de réaliser autre chose qu'un drainage de l'intestin.

Cet anus a été habituellement établi sur le cœcum. V. MURALT fit une appendicostomie, BÜRGER pratiqua successivement un anus iliaque gauche et un anus iliaque droit. ROCHER et GUÉRIN incisèrent simplement l'abcès péricolique qui s'était développé entre la tumeur et le grand épiploon ; c'est seulement 12 jours après qu'une fistule stercorale se fit par ouverture de cet abcès dans l'intestin. POUZET réalisera la vidange intestinale complète par la fistulisation d'une anse grêle.

RÉSECTION NÉOPLASIQUE.

Elle a été réalisée dans de plus ou moins bonnes conditions opératoires ; précocement chez des sujets en état général suffisant (obs. de M. FÈVRE), tardivement chez des malades fatigués arrivés au stade d'occlusion.

L'extirpation de la tumeur s'est faite soit en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin, soit en deux temps, la colectomie n'étant pratiquée qu'après dérivation préalable interne ou externe.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES.

Nous avons étudié les survies opératoires au cours du chapitre sur l'évolution et n'avons noté qu'une « guérison » parmi tous les cas colligés. Le pronostic opératoire immédiat est très sombre ; les résultats éloignés sont aussi peu favorables malgré les exérèses

étendues; il n'y a pas eu de guérison durable (cas de Mayo excepté).

Les survies les plus longues correspondent aux formes épithéliales. Si le traitement n'a pas été curatif faute de diagnostic, chez le malade de Pouzet, la survie de 16 mois obtenue après l'iléostomie initiale est la plus longue qui ait été obtenue.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Les tumeurs malignes des côlons, déjà si graves chez l'adulte, empruntent au jeune âge des sujets chez lesquels elles se développent, un caractère absolument extraordinaire de gravité.

Nous avons vu les difficultés du diagnostic précoce, constaté la rapidité et la malignité de l'évolution, aussi le peu d'efficacité du traitement ne devait pas nous surprendre.

Toutefois il nous faut insister sur ce fait, que bien souvent il n'a pas été fait appel aux examens complémentaires : toucher rectal ; cuti-réaction ; analyse du sang, des selles ; et surtout radiologie. Or, nous savons que la radioscopie peut apporter un contrôle très précieux en révélant dès le début « une modification du transit, une traversée segmentaire retardée ou une image permanente anormale en un point fixe du tube digestif ». Mais nous n'oublions pas que les manifestations cliniques atypiques peuvent précéder de beau-

coup les signes radiologiques, et c'est alors qu'il faudra mettre en œuvre les autres procédés d'exploration.

Il faut bien se l'avouer, il y aura souvent chez l'enfant, particulièrement dans les cas anormaux, une première étape d'erreurs et la clinique, le laboratoire, la radiologie devront tout faire pour rendre cette étape plus courte et permettre une intervention efficace.

Le clinicien ne devra pas attendre un syndrome complet, mais se contenter de symptômes mêmes minimes pour examiner l'intestin, la laparotomie exploratrice pourra être indiquée dans le cas de signes locaux décelables par l'examen physique.

I. SARCOMES

OBSERVATION I

*Sarcome du cæcum et du côlon ascendant
chez un enfant de 7 ans*

par MM. FÉVRE et ARMINGEAT

(citée dans le texte)

OBSERVATION II

Sarcome globo-cellulaire de l'anse iléo-cæcale

par MM. MAUCLAIRE et GODEMÈ

R... Alexandre, 14 ans, entré à l'hôpital des Enfants-Malades, le 23 avril 1902

— Rien de particulier à signaler parmi les antécédents héréditaires.

— Quant aux antécédents personnels, jusqu'en 1900, l'enfant était en excellent santé. Il y a *deux ans* (commencement de l'année 1900), le malade a un *premier vomissement* « *de bile* », au dire de la mère. En même temps, commence pour l'enfant une période d'abattement, d'inappétence, sans amaigrissement, mais avec pâleur assez accentuée. Le vomissement initial demeure unique. Le malade n'accuse aucun malaise abdominal. Un séjour de trois mois à la campagne semble amener le rétablis-

sement. La bonne santé apparente persiste jusqu'en février 1901.

A ce moment, le malade commence à *se plaindre fréquemment du côté droit*. Il localise nettement ses douleurs à la *fosse iliaque droite*. En même temps, apparaissent des *crises de vomissements*. Ceux-ci, tantôt alimentaires, tantôt bilieux, se produisent à un moment quelconque de la journée, s'accompagnent de douleurs de la fosse iliaque droite, mais semblent calmer ces douleurs. Ces crises vomitives durent plusieurs jours. D'abord espacées de plusieurs semaines, elles se répètent, peu à peu, de plus en plus souvent. Aucun médecin n'est encore consulté. Le malade va de nouveau à la campagne et, cette fois encore, revient amélioré : les vomissements ont presque disparu, la douleur n'existe plus.

Cependant, *jusqu'en février 1902*, il y a, de temps à autre, des alternatives de crises vomitives et d'amélioration.

En *février 1902*, les crises vomitives se rapprochent, la période douloureuse commence nettement.

Le *21 avril 1902*, la douleur de la fosse iliaque droite devient brusquement très intense. Le malade vomit plusieurs fois dans la journée. Un médecin est appelé, pour la première fois depuis le début de sa maladie. Il diagnostique une *appendicite* et conseille l'entrée à l'hôpital.

23 avril, entrée du malade à l'hôpital.

Actuellement, l'enfant vomit et se plaint d'une douleur vive, surtout au point de Mac Burney. Il existe une *constipation* très marquée. Jamais il n'y a eu de débâcle diarrhéique. Jamais de *melæna*.

L'enfant est pâle, les yeux cernés, sans aucune coloration spéciale des téguments. Il n'y a pas d'amaigrissement notable dans les derniers temps, au dire des parents.

La température, le 23 avril, au matin est de 37°6, le soir 37°5. Les jours suivants, la température oscille entre 36°8 et 36°9.

A l'entrée, on sentait un plastron dur, sans mobilité, allongé dans le sens de l'arcade crurale, siégeant dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal ne fournissait aucune sensation spéciale. Cependant, le malade demeure avec des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, malgré une large application de glace et l'immobilisation. Les vomissements, verdâtres, jamais fécaloïdes, ne cèdent pas devant une diète absolue. Il y a, chaque jour, trois ou quatre vomissements. Le malade est agité et très indocile. Le teint *pâlit* de plus en plus, Les yeux se cernent et s'excavent. Jamais, on n'a noté le faciès péritonéal. Langue chargée uniformément. Soif très vive. Pouls : 96. Température : 37°. Le malade accuse de violents maux de tête.

Le 5 mai 1902 :

Devant la persistance des vomissements et des douleurs s'irradiant dans l'abdomen et l'augmentation de la tuméfaction, *l'intervention est décidée.*

A ce moment, l'examen local montre :

1°) au niveau de la fosse iliaque droite la présence d'un plastron volumineux, dur, mais avec une résistance superficielle, de forme ovoïde à grand axe parallèle à l'arcade crurale.

2°) Dans la région sous-ombilicale, tangente à droite à la masse précédente, une masse dure arrondie. Son développement, très rapide, n'avait pas encore été noté.

Pas de circulation veineuse supplémentaire au niveau de l'abdomen. Pas d'œdème des jambes.

OPÉRATION : Incision de Roux. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une cuillerée environ d'une sérosité sanguinolente, sans odeur. Le doigt, introduit dans la

plaie, reconnaît une masse dure, lobulée, fixée dans la fosse iliaque droite ; puis, du côté de l'ombilic, une seconde masse aussi volumineuse que la précédente.

La masse de la fosse iliaque est attirée au dehors. Elle se montre blanchâtre, lobulée, intéressant l'ampoule cæcale et la partie terminale de l'iléon sur une longueur de 4 centimètres environ.

Au moment où l'on se disposait à réduire la masse dans l'abdomen, une déchirure de la tumeur se produit au point d'abouchement de l'iléon dans le cæcum. Le péritoine est protégé avec des compresses. L'extrémité iléale de la rupture fut oblitérée complètement par une suture à plusieurs plans. Mais l'extrémité cæcale ne le fut qu'incomplètement et adossée à la paroi abdominale. Si le malade n'avait pas succombé, la fistule eut persisté à ce niveau.

Cette exclusion atypique de la tumeur fut donc un procédé de nécessité. La dernière anse iléale étant repérée, on pratique son anastomose avec le côlon iléopelvien au moyen d'une incision de la fosse iliaque gauche. Drainages.

L'opération dure trois quarts d'heure. On pratique aussitôt une injection de sérum artificiel de 350 gr., des injections de caféine et d'éther.

Dans l'après-midi, le malade est toujours en état de schok. Pas de vomissements. Il demande fréquemment à boire. Pouls faible, sans intermittence à 100 ; température 36°5. Nouvelle injection de sérum, piqûre de caféine.

Le soir, le faciès du malade s'altère. Il n'a pas de vomissements. Langue sèche. Pouls 110. Température 36°.

DÉCÈS. Le lendemain, le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe dans l'après-midi.

AUTOPSIE : Le péritoine ne porte aucune trace d'inflammation apparente.

— Pas d'épanchement de matières, ni de sang.

— On reconnaît une masse cancéreuse, volumineuse, blanchâtre, lobulée, plus grosse que le poing, dans la fosse iliaque droite. Elle s'étend au cæcum, au tiers inférieur du côlon ascendant, à la portion terminale de l'iléon. Par place, l'épaisseur de la paroi cæcale est de 3 à 4 centimètres. En avant et en amont, l'épaisseur va en s'atténuant.

-- Dans la région sous-ombilicale et située dans la racine du mésentère, une deuxième masse du volume d'une tête de fœtus semble développée aux dépens des ganglions mésentériques.

— Quelques ganglions sont ramollis et donnent issue à la coupe à une sorte de bouillie blanchâtre.

— On note, en outre, plusieurs noyaux secondaires, sur diverses anses grêles.

— *Appendice sain.*

— Les sutures intestinales pratiquées au cours de l'opération sont toutes intactes.

— Les uretères sont de la taille d'un gros crayon, uniformément dilatés. Bassinets énormes. Reins gros et congestionnés.

— Les ganglions iliaques, inguinaux, sus-claviculaires, sont volumineux et dégénérés.

— Aucun signe de métastase aux autres organes.

— La rate a un volume normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Tumeur constituée par une agglomération de cellules rondes ou polyédriques, de dimensions variables, mais généralement volumineuses, et munies d'un gros noyau ovoïde, central ou périphérique. Quelques cellules sont multinuclées. On distingue même de grandes cellules, à noyau plusieurs fois contourné, qui rappellent l'aspect des mégacaryocytes.

Ces champs de cellules sont creusés de lacs veineux,

dont la paroi propre, uniquement de nature endothéliale, est immédiatement en rapport avec les éléments du sarcome.

Par place, les cellules sont dissociées par des travées conjonctives, mais ce sont de grandes travées à point de départ péri-artériel.

Pas de réticulum.

En résumé : *Sarcome globo-cellulaire* de l'intestin. Mêmes lésions montrées par les ganglions envahis.

OBSERVATION III

Sarcome de la région iléo-cæcale chez un enfant de 8 ans
par M^{lle} CONDAT

— Garçon de 8 ans.

— Rien à noter dans les antécédents. Famille saine dans laquelle on ne retrouve aucune histoire de néoplasme.

HISTOIRE DE LA MALADIE : L'affection s'est révélée par des symptômes simulant une *crise appendiculaire* : vomissements, constipation et douleurs vives dans le flanc droit, et a été d'abord traitée comme une appendicite aiguë.

Mais, la *palpation* révèle, à ce niveau, une *tumeur* arrondie, marronnée, mobile, flottante, assez molle, et M. Comby, appelé en consultation, pense (avec réserve), à la possibilité d'un *stercorome*.

Le traitement, par les évacuants, n'amène aucun résultat ; la tumeur n'est pas modifiée, les phénomènes d'obstruction persistent et le chirurgien, qui suivait l'enfant, est obligé d'intervenir.

INTERVENTION : On trouve à l'opération une grosse

masse de la région iléo-cæcale, qu'on enlève avec une partie du côlon ascendant et la terminaison de l'iléon. Ablation d'une volumineuse adénopathie mésentérique laissant dans le mésentère une brèche qui n'a pu être comblée.

MORT : le lendemain.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE : (les ganglions mésentériques n'ont pas été envoyés). Il existe dans l'angle iléo-colique 3 ganglions bien détachés, dont un beaucoup plus volumineux.

— Le *cæcum* est rempli par une masse assez molle, l'ensemble de la pièce présente l'aspect d'une invagination de l'iléon, fixée par des adhérences, et il est, en effet, possible, en sectionnant les adhérences, de libérer un peu l'iléon ; mais en arrière de l'insertion mésentérique, on arrive à une masse par laquelle il adhère par sa paroi postérieure que l'on ne peut isoler.

A ce niveau, la tumeur incisée donne l'impression d'un sarcome nécrosé.

A l'ouverture du *cæcum*, on voit une tumeur arrondie, du volume d'une orange développée aux dépens de la paroi interne de l'intestin à laquelle elle est réunie par une large base immédiatement au-dessus de la valvule de Bauhin. Elle fait saillie dans la cavité, entraînant avec elle la paroi adhérente de l'intestin, ce qui donne l'aspect particulier d'une *fausse invagination*. Les parois cæcales la doublent, très exactement, ne laissant qu'un espace de glissement.

L'orifice iléo-cæcal au-devant duquel elle descend, est resté perméable.

A la coupe : la tumeur blanc jaunâtre, d'apparence sarcomateuse, se continue avec la zone ramollie et dégénérée de l'angle iléo-colique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Tumeur et ganglions envahis montrent un *sarcome globo-cellulaire typique*.

OBSERVATION IV

Sarcome du cæcum chez un enfant de 4 ans

par C. GRANDCLAUDE, M. LAMBRET et J. DRIESSENS

— Il s'agit d'un enfant de 4 ans et demi, qui présentait une *volumineuse tumeur*, dans la partie droite de l'abdomen.

Cette tumeur, apparue *assez brusquement*, chez ce jeune garçon, jusque-là en parfaite santé, se présenta, lors d'un premier examen, sous la forme d'une tuméfaction profonde, du volume d'une orange.

On nota, en même temps, un amaigrissement progressif qui atteignit finalement plusieurs kilogrammes. L'état général déclina rapidement. L'enfant, qui était constipé depuis fort longtemps, n'avait présenté aucune autre signe fonctionnel digestif quand, brusquement, il fit une *enterorragie*, avec présence dans les selles de sang rouge-noir à moitié digéré, mêlé aux matières. Cette hémorragie resta unique.

L'EXAMEN GÉNÉRAL : mettait en présence d'un garçon amaigri, assez anémié, porteur d'une volumineuse tumeur abdominale droite.

L'EXAMEN LOCAL : permet alors de percevoir une tumeur du volume d'une tête d'enfant, assez profondément située, mal limitée, surtout en haut et en dedans.

La palpation de la tumeur est légèrement douloureuse, de même que toute tentative de mobilisation. Elle est mate sur toute son étendue. Malgré une exploration profonde, soigneuse et dans diverses positions, on ne peut arriver à définir nettement ses rapports avec les organes intra-abdominaux.

Toucher rectal négatif.

A part la constipation,, aucun signe fonctionnel digestif n'est à signaler.

L'examen de l'appareil urinaire reste négatif. En particulier, il n'y a ni dysurie, ni oligurie. Un interrogatoire minutieux n'arrive à déceler aucune hématurie. Les urines sont normales en quantité et en qualité.

Le reste de l'examen somatique est négatif. L'examen des zones ganglionnaires montre l'absence d'adénopathie.

En présence d'un pareil ensemble clinique, on porte le diagnostic de *tumeur intra-abdominale*, probablement d'*origine intestinale*, en raison surtout de l'entérorragie antérieure et on pense alors qu'il s'agit de *tuberculose intestinale*.

Une réserve est faite, cependant, sur l'*origine rénale* possible de cette tumeur.

Pour trancher le diagnostic, une laparotomie exploratrice est décidée.

INTERVENTION : Sitôt le ventre ouvert, on trouve dans la région iléo-cæcale une *volumineuse tumeur englobant tout le cæcum* et la *portion terminale de l'iléon*. D'aspect lardacé, nullement proliférante, elle n'a aucune limite nette. Elle est très dure. Chose surprenante, l'exploration de la région ne montre *aucune adénopathie satellite*. Il s'agit manifestement d'une tumeur maligne, dont on décide de tenter l'exérèse.

On pratique une résection en bloc de tout le segment colique envahi, comprenant le cæcum en entier ; l'abouchement iléo-colique est réalisé par anastomose terminolatérale. Fermeture aux fils d'argent avec drainage. Le transit intestinal est rétabli.

Malgré la rapidité d'exécution, à la fin de l'opération, le petit malade est dans un état de choc assez marqué, avec visage pâle, extrémités froides, pouls petit, rapide. Ce

choc ne fera que s'accroître dans les heures qui suivent l'opération, en dépit d'un traitement général des plus énergiques.

DÉCÈS : Et la mort survient au milieu de phénomènes de collapsus cardiaque, quatorze heures après l'intervention.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE :

La tumeur, du volume d'une grosse tête d'enfant, englobe toute la région iléo-cæcale transformée en un bloc dense et compact ; vers son pôle inférieur, on voit l'*appendice* qui paraît normal ; à gauche, surgit la terminaison de l'iléon. On n'arrive pas à repérer, dans cette masse, l'intestin qui y est complètement noyé. Le méso-côlon est infiltré et épaissi.

Cette masse, blanchâtre, parsemée de zones nécrotiques ou hémorragiques, est uniformément dure.

Elle crie sous le couteau et sa coupe montre que la *lumière intestinale est conservée et même élargie* en certains points. L'épaississement de la paroi cæcale est considérable surtout à droite, atteignant parfois 7 à 8 centimètres d'épaisseur. Il est formé par un tissu d'aspect lardacé, extrêmement dense et dur.

A l'examen microscopique des divers fragments prélevés sur cette tumeur, on est frappé immédiatement par l'intégrité de l'épithélium glandulaire de surface, ainsi que le faisait déjà prévoir l'examen macroscopique. S'opposant à l'intégrité de cet épithélium, le tissu conjonctif sous-séreux apparaît profondément remanié. Son squelette conjonctivo-vasculaire est complètement disloqué ; il n'en persiste que quelques travées fibroïdes, entre lesquelles on observe une prolifération néoplasique qui l'épaissit considérablement, au point de le faire apparaître, en certains points, dix fois plus grand que le reste de la paroi.

Cette néoplasie est caractérisée par une pullulation de cellules rondes qui ne sont ni volumineuses, ni polymorphes, mais qui ont la taille d'un lymphocyte ou d'un lymphoblaste et qui sont tassées les unes contre les autres. La trame est complètement disparue. On y observe de fréquentes atypies nucléaires : de l'hyper et de l'hypochromasie, des mitoses normales et anormales. On rencontre aussi des lacunes vasculaires arrondies ou ovalaires, des plages hémorragiques.

Sarcome globo-cellulaire à caractère plutôt lymphoblastique.

OBSERVATION V

Sarcome du cæcum chez un garçon de 6 ans

par MM. YOVITCHICH et STAIANOVITCH

(de Belgrade. Yougoslavie)

S... G..., garçon de 6 ans, entré dans le service de chirurgie infantile le 5 avril 1932, pour *tuméfaction du flanc droit*, qui a été remarquée par les parents, *deux mois auparavant*. L'accroissement rapide de la tumeur fait décider les parents à nous amener l'enfant à l'hôpital.

Les parents sont bien portants, le petit malade est l'aîné de trois garçons qui, comme lui, n'ont jamais été malades.

A L'EXAMEN : enfant de taille moyenne, bien développé, pâle, état général peu altéré. Ce qui attire tout de suite notre attention, c'est le *volume exagéré de l'abdomen présentant une tuméfaction* proéminente qui occupe tout le côté droit, s'enfonçant en haut sous le rebord costal et atteignant, par son pôle inférieur, l'arcade crurale droite.

Par la palpation, on délimite facilement cette masse dure, qui s'étend, par son bord interne, obtus et assez régulier du sixième espace intercostal droit au milieu de

l'arcade crurale, en passant à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane ; son bord externe va de la ligne axillaire postérieure à la crête iliaque, en laissant libre la région lombaire. La face antérieure de la tumeur est convexe et douloureuse, tandis que la percussion en est mate. De plus, cette tumeur est immobile, ne semble pas adhérer à la paroi abdominale et ne donne pas le contact lombaire. La circulation collatérale se dessine à peine.

On parvient à isoler le foie, qui est de volume normal, lisse et non douloureux. Rien de spécial à la région sacro-lombaire, ni à l'articulation de la hanche droite.

Le cœur et les poumons paraissent normaux ; pas d'œdème des membres inférieurs, ni des bourses. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines : les selles sont normales.

Température : 36°7 ; pouls : 106.

L'enfant n'a jamais eu de troubles gastro-intestinaux, ni d'hématurie.

Devant le tableau clinique, malgré l'âge de l'enfant, l'immobilité de la tumeur et l'absence du contact lombaire, nous portons le *diagnostic de sarcome du rein droit* et intervenons le 7 avril 1932.

INTERVENTION : Anesthésie générale au chlorétyl-chloroforme. Incision verticale au bord externe du droit. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur une tuméfaction recouverte par le grand épiploon. La ligature et la section de l'épiploon nous permettent de découvrir une tumeur développée aux dépens du cæco ascendant, du volume de deux poings, dure, à peine bosselée. Le pôle inférieur de cette tumeur fait corps avec une partie de l'iléon terminal. Quelques ganglions sur le méso. *Aucune métastase hépatique*. Un peu de liquide clair dans l'abdomen. Aussitôt, on se résout à l'exérèse de la tumeur en pratiquant

l'hémi-colectomie droite : décollement colo-pariétal, section du ligament phrénocolique droit, qui se fait facilement et permet la mobilisation de la tumeur.

Section du grêle à 20 centimètres de l'angle iléo-cæcal, qui est un peu dilaté et épaissi. Hémostase progressive du mésentère, du mésocolon ascendant et transversel. Section du transverse à 7 centimètres de l'angle hépatique. Etant donné l'égalité de calibre et d'épaisseur, ainsi que la facilité de rapprochement des deux segments intestinaux, il nous semble plus rapide et plus simple de faire l'anastomose termino-terminale qui est pratiquée aussitôt. Péritonisation de la zone décollée par des fils d'hémostase au péritoine pariétal. Suture de la paroi; en terminant, par précaution, nous fixons la partie anastomosée de l'intestin au péritoine pariétal antérieur.

PIÈCE : poids : 580 grammes ; longueur : 18 centimètres ; largeur, partie supérieure: 12 centimètres, partie inférieure : 6 cm. 5. Tumeur allongée du cæcum et du côlon ascendant, présente plusieurs bosselures blanchâtres et dures, une noirâtre et molle contenant du liquide sanguinolent. Il nous est *impossible de découvrir dans cette masse l'appendice*. A l'ouverture, la lumière de l'intestin est agrandie surtout à sa partie moyenne, présentant des *ulcérations* profondes et à sa partie supérieure une saillie assez pédiculée du volume d'une noix. Epaisseur de la paroi cæcale 2 cent. 1 et celle du côlon ascendant 6 cent. 3.

EXAMEN ANATO-PATHOLOGIQUE : (fait par le professeur Chahovitch). Montre qu'il s'agit d'un *sarcome microglobulo-cellulaire*.

LES SUITES OPÉRATOIRES sont simples pendant les deux premiers jours. L'enfant est peu choqué, température oscillant entre 37°2 et 37°8 ; pouls à 112. Soudainement,

à la fin de la deuxième journée, l'enfant accuse des douleurs abdominales, suivies de vomissements bilieux et meurt le troisième jour d'une péritonite aiguë.

A L'AUTOPSIE, qui est faite le lendemain, on tombe, dès l'ouverture du péritoine, pratiquée par une incision médiane et sous-ombilicale, sur un gros ascaris et on découvre ensuite, à la partie postérieure de l'anastomose intestinale, un orifice lenticulaire. On retrouve aussi trois autres ascaris réfugiés dans le duodénum. Péritonite diffuse.

OBSERVATION VI

Lymphocytome malin du cæcum chez un enfant de 6 ans
par A. PINTO

— Garçon de 6 ans, qui entre à l'hôpital pour une occlusion intestinale par tumeur du cæcum.

— Il a présenté, dans les mois qui précédèrent, des *phénomènes de subocclusion*, avec amaigrissement. Abdomen douloureux, tympanique dans son ensemble, excepté au niveau de la fosse iliaque droite, où il existe une zone de submatité et une *grosse tumeur* facilement palpable.

Cette tumeur est douloureuse, bosselée et légèrement mobile avec les mouvements respiratoires.

Entre la tumeur et le rebord costal droit, il existe une zone de sonorité normale.

Toucher rectal : révèle le pôle inférieur de la tumeur que l'on perçoit facilement.

INTERVENTION : Anesthésie générale au balsoforme. On fait une laparotomie médiane inférieure droite. On extériorise alors la grosse tumeur bosselée qui occupe toute la fosse iliaque droite et qui est du volume d'une tête de fœtus à terme.

Dans la tumeur est comprise : *la portion terminale de l'iléon, ainsi que l'appendice et une partie du côlon ascendant.*

En décollant le péritoine pariétal postérieur, on arrive à extérioriser complètement la tumeur hors du ventre. Extirpation de celle-ci. On rétablit la continuité du tube digestif par une implantation termino-latérale de l'iléon et du côlon transverse.

SUITES OPÉRATOIRES : Etat de choc intense, puis peu à peu, le malade se rétablit. Vers le quinzième jour : production d'un abcès à la partie inférieure de la cicatrice que l'on ouvre et par lequel on retire un ascaris. Peu à peu, l'état général s'altère.

MORT : 2 mois après.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : montre qu'il s'agissait d'un *lymphocytome malin.*

OBSERVATION VII

Sarcome du côlon transverse chez un enfant de 5 ans

empruntée à la thèse de DEBRUNNER

(résumée)

- Henri Bär., 5 ans, entre le 20 juin 1882, à l'hôpital.
- Mère devenue folle.
- Paraît n'avoir jamais eu bon appétit et avoir eu continuellement un peu de diarrhée.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Depuis trois semaines, se plaint de *douleurs abdominales*. Il y a 14 jours qu'il est alité et 8 jours que l'intensité des douleurs a considérablement augmenté. Il y a trois semaines, il souffrit de constipation qui dura quelque temps, puis survint une diarrhée qui dure encore aujourd'hui.

A ce moment, la mère adpotive remarqua que *l'abdomen du malade s'accroissait en circonférence*.

ETAT ACTUEL (20 juin) :

Enfant pâle, anémié, amaigri. Le degré extrême de l'amaigrissement contraste singulièrement avec la *tuméfaction de l'abdomen*.

— Pas d'œdèmes des membres inférieurs.

— Ganglions inginaux non tuméfiés.

— Paroi abdominale tendue, luisante.

— La tuméfaction de l'abdomen est inégale : le point le plus proéminent est situé sur la ligne blanche un peu au-dessus de l'ombilic ; deuxième voussure dans la région cœcale ; troisième dans l'hypocondre gauche.

— *A la palpation*, on retrouve ces trois tumeurs malgré la tension extrême des parois abdominales.

— *A la percussion* : elles sont mates.

Le diagnostic posé est : tumeurs sarcomateuses multiples du péritoine.

L'évolution, la faible sensibilité de l'abdomen, la sensation d'exsudat liquide, la marche de la température (très faibles exarcebations vespérales), aussi bien que le volume médiocre des tumeurs plaident en faveur d'une péritonite chronique et spécialement d'une *péritonite tuberculeuse*.

On était, par conséquent, obligé de regarder l'hypothèse de néoplasmes péritonéaux comme la plus vraisemblable.

27 juin : diarrhée.

31 juin : appétit reparaît, l'enfant souffre toujours de douleurs abdominales après les repas.

5 juillet : la diarrhée recommence et se reproduit par crises, jusqu'au 21 juillet.

21 juillet : mort, dans la cachexie.

AUTOPSIE :

Présence dans la cavité abdominale d'environ 100 cc. d'une matière brunâtre et puriforme.

Toute la cavité abdominale semble occupée par une tumeur se présentant sous l'aspect d'une masse de coloration rougeâtre.

— Foie et poumons refoulés en haut, ne présentant aucune connexion avec la tumeur.

— L'épiploon est légèrement adhérent à la tumeur. Dans la partie supérieure de ce dernier, on découvre des nodules blancs du volume d'une lentille.

— Rate de volume normal, refoulée en haut.

— La tumeur occupe toute la partie antérieure de la cavité abdominale ; le côlon transverse débouche absolument dans la tumeur.

— Au-dessous de l'ombilic, le décollement du péritoine pariétal met à découvert une cavité irrégulière, remplie de pus et de matières fécales. Cette dernière offre une paroi interne grise bosselée, couverte de saillies d'une substance friable et présentant de nombreux diverticules.

— Les anses intestinales, situées en arrière et en bas de la tumeur, sont adhérentes à celle-ci par places.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Cellules sarcomateuses rondes, avec une substance intercellulaire très peu abondante. Vaisseaux de néo-formation. C'est la sous-muqueuse qui représente indubitablement le point de départ de la tumeur. Par suite de l'extension prise par les cellules sarcomateuses, la sous-muqueuse perd sa structure normale. De là, les amas cellulaires se propagent vers le dehors. Il y a perforation de la musculuse et la tumeur s'étend au-dessous de la séreuse. La muscularis mucosae est perforée de la même

façon et la muqueuse est traversée par le processus de multiplication des petites cellules rondes.

Réaction inflammatoire des régions voisines de la tumeur.

Sarcome micro-globo-cellulaire.

II. —EPITHELIOMAS

OBSERVATION VIII

Carcinome du cæcum chez une jeune fille de 14 ans

par CHAJUTIN

(*ztschr. f. krebsforsch*, 1929)

OBSERVATION IX

Carcinome du cæcum chez un garçon de 5 ans

par WALKER et DALY

(*J. Oklahoma Medic. Asso.*, 1934)

OBSERVATION X

Cancer mucoïde du cæcum chez un garçon de 13 ans

par ROBERSTON et OGILVIE

(Traduction)

— Le malade, un écolier de 13 ans, entre à l'hôpital le 31 décembre 1934.

— Cinq jours avant son admission, il s'était plaint d'une *vive douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, douleur rapidement suivie de vomissements*. Le jour suivant, il fut relativement bien, mais le lendemain, la douleur et les vomissements réapparurent et continuèrent par intermittence, jusqu'à son entrée au « Royal Infirmary » (Edinburgh).

— Le jour de l'admission, le malade eut deux selles. Aucune histoire de mœlena.

Température : 37°5 ; pouls : 80 ; respiration : 22.

EXAMEN : Etat général mauvais. L'enfant est manifestement anémié. Langue chargée, mais humide. L'abdomen se soulève librement à la respiration, ne montre ni distention, ni péristaltisme ; une *grosseur* est visible dans la fosse iliaque droite.

À la palpation, elle se révèle solide, sensible, mais masquée un peu par de la défense musculaire.

OPÉRATION : Le 1^{er} janvier 1935, incision de la fosse iliaque droite. Une tumeur lisse, ferme, est trouvée adhérente au cæcum et quelques ganglions hypertrophiés sont découverts dans le mésentère.

En se basant sur ces constatations, le diagnostic de *tuberculose hypertrophique* du cæcum est posé et une anastomose est établie entre la partie basse de l'iléon et le milieu du côlon transverse.

SUITES OPÉRATOIRES : La convalescence se passe sans incident.

La tumeur de la fosse iliaque droite ne diminue pas, mais devient moins sensible et l'état général du malade s'améliore beaucoup. Il est envoyé poursuivre sa convalescence à « Astley Ainslie Institution » le 12 février.

Le 10 avril, le patient revient à l'hôpital, avec un mot apprenant qu'il venait d'avoir une recrudescence de *douleurs abdominales* et de *vomissements*. Ces crises recommencèrent à l'hôpital. Mais un lavement produisit une bonne évacuation et, exceptée une légère douleur abdominale, l'enfant ne souffrait plus.

— Durant la nuit et le jour qui suivirent l'admission, l'enfant eut environ 15 *accès convulsifs*, qui débutèrent à droite et se propagèrent à tout le corps. Les contractions, d'abord cloniques, devinrent toniques et furent accom-

pagnées de perte partielle de connaissance. Après la dernière crise, le 11 avril au soir, l'enfant devint somnolent et quoique le Kernig demeurât négatif, une rigidité du cou fut décelée.

— Ensuite, le patient n'eut plus de crises et après trois jours la somnolence et la rigidité disparurent.

— *Une petite grosseur* s'était développée dans la *région occipitale droite*, mais à part quelques maux de tête, l'enfant resta bien et fut envoyé à nouveau, le 30 avril, à « Astley Ainslie Institution ».

— Pendant son séjour là-bas, son état s'altéra. L'enfant perdit du poids, se mit à souffrir de rachis, devint somnolent et le 10 mai, eut trois crises caractérisées par des contractions spasmodiques du côté droit de la face, avec inclination des yeux vers la droite, et perte partielle de connaissance.

— *Une ponction lombaire* montra un liquide céphalo-rachidien sous tension, légèrement trouble. Aucun bacille tuberculeux ne fut décelé.

— 14 mai : réadmission à l'hôpital.

— A l'examen de la tumeur occipitale, on trouva de la fluctuation, mais pas de sensibilité. Le cuir chevelu était mobile sur elle, mais elle paraissait par contre solidement fixée en profondeur à l'os.

L'enfant se plaignait de *douleurs cervicales* et quoique ne présentant aucune rigidité, résistait aux essais de mobilisation de la tête.

— On notait une sensibilité de la deuxième vertèbre cervicale et de la première vertèbre dorsale.

Signe de Kernig positif des deux côtés, mais les réflexes pupillaires, rotuliens, du coup de pied et plantaires sont normaux.

— L'examen physique du thorax ne révèle rien d'anormal.

— La radiographie montre une décalcification de l'os

occipital. Rien d'anormal à la colonne vertébrale. Au poumon droit, zone d'opacité plus marquée au niveau du hile.

— La ponction de la tumeur occipitale ne ramène rien. La tumeur augmente régulièrement.

— L'enfant eut deux fois des *selles sanglantes* et se plaignait continuellement de *douleurs abdominales* qui nécessitèrent l'emploi d'héroïne.

— *Le 17 mai*, le petit malade eut un frisson et la température monta à 39°5. Elle redescendit par la suite, mais devint irrégulière.

— *Le 21 mai*, autre crise convulsive. L'état général s'aggrave rapidement, sueurs profuses.

DÉCÈS le 22 mai 1935.

Cliniquement, la mort fut attribuée à une *méningite tuberculeuse*.

EXAMEN POST-MORTEN

1°) *Macroscopiquement* :

Amaigrissement marqué de tout le corps. L'abdomen est un peu proéminent.

— Présence dans la fosse iliaque droite d'une bonne cicatrice opératoire.

— A l'ouverture de l'abdomen : état congestif de la cavité péritonéale particulièrement dans les quadrants inférieurs, où il y a un peu d'exsudat purulent.

— Sur le foie et le diaphragme, présence de petits nodules jaunes dans la séreuse.

— L'anastomose iléo-colique semble saine.

Sacs pleuraux partiellement oblitérés par des adhérences fibreuses, présence dans chaque d'une petite quantité de liquide séreux.

— Cæcum dur au toucher, mais non augmenté de volume ; la paroi, normale, est complètement remplacée par une masse dense d'un blanc jaunâtre, entourant la

lumière rétrécie. L'infiltration envahissait aussi la valvule iléo-cæcale et l'iléon sur 3 cm. 8., puis disparaissait graduellement. Le bord distal de la masse cæcale se termine brusquement sur l'autre versant.

Surface interne du cæcum : *ulcérée et hémorragique.*

— Dans le côlon ascendant, à peu de distance du néoplasme, deux à trois petits nodules que nous pensâmes de seconde implantation, furent trouvés dans la muqueuse.

— *L'appendice*, quoique augmenté de volume, ne paraissait pas touché.

— *Les ganglions de l'angle iléo-cæcale* étaient hypertrophiés et leur section les montrèrent envahis par du tissu tumoral dans lequel se trouvaient des îres de nécrose.

— Même envahissement des *ganglions paraaortiques, épiploïques et bronchiques.*

— Rate augmentée de volume et lisse.

— Estomac, foie, vésicule biliaire, pancréas, rein, uretère, vessie ne montraient rien de spécial.

Cœur dilaté avec myocarde pâle et lisse.

— Dissémination dans les poumons de petits nodules de tissu tumoral.

— Sur les hémisphères cérébraux, aucune évidence de méningite, mais *présence de petits nodules tumoraux* dans les deux fosses antérieure et postérieure et dans le milieu de la fosse droite.

La plus grande production crânienne mesurait 4 cm. et demi de diamètre et siégeait dans la région occipitale droite. Elle avait été si abondante qu'elle avait pu produire à la fois une grande quantité de matière gélatineuse extérieure à la dure-mère. Et c'est cette masse qui formait la grosseur qu'on avait ponctionné du vivant de l'enfant.

— A part un œdème considérable, les hémisphères cérébraux ne présentaient rien de spécial.

2°) *Microscopiquement* :

— La paroi du cæcum, de la muqueuse au péritoine, est infiltrée par un *carcinome à cellules rondes*.

— Beaucoup de ces cellules montraient le signe de la dégénérescence mucoïde.

— *La surface de la tumeur* était nécrotique, ulcérée et congestive.

— *Un ganglion bronchique* montrait le remplacement, presque total, de la substance normale par des cellules néoplasiques rondes à dégénérescence mucoïde.

— *Poumons* : à la coupe : propagation lymphatique périvasculaire de l'envahissement cellulaire, les dernières étant sphéroïdes et dans un état de dégénérescence mucoïde avancée.

Des lymphatiques, le tissu néoplasique avait fusé par infiltration directe dans le *tissu pulmonaire* adjacent, si bien que des nodules, de volume considérable, s'étaient formés. Les parois d'une grosse veine étaient aussi envahies.

— *La tumeur du cuir chevelu* était composée de tissu à cellules rondes et dans un état avancé de dégénérescence mucoïde.

— Deux ou trois petits vaisseaux sanguins montraient des cellules tumorales dans leurs minces parois.

— *Foie* : gras, mais sans dépôt secondaire.

OBSERVATION XI

Cancer du côlon ascendant chez un garçon de 15 ans
par BÜRGER

— Garçon de 15 ans, dans les antécédents duquel on note une *contusion de l'abdomen*, il y a un an.

Crise de substruction.

— On se décide à pratiquer un anus iliaque gauche.

— Après une courte amélioration, reprise des accidents ; deuxième anus à droite.

Mort peu de temps après.

AUTOPSIE : *Cancer épithélial primitif du côlon ascendant ulcéré.*

MÉTASTASES : Dans le foie, le mésentère, le poumon gauche et la rate.

OBSERVATION XII.

Cancer du côlon ascendant chez une fille de 14 ans

par MAYO ROBSON

— Fille de 14 ans, entrée à l'hôpital le 18 septembre 1894.

— Depuis six mois, phénomènes d'*obstruction chronique*. Crises de vomissements par période.

— Depuis deux mois, les symptômes se sont aggravés.

— Dans ces trois derniers jours, vomissements fécaloïdes.

— Mauvais état général. Faciès émacié. Le ventre est tendu, surtout à droite.

— *A la palpation* : on sent une tumeur dans la région du côlon ascendant.

Intervention : le 22 septembre 1894 vu l'état de la malade, on pratique une typhlostomie au cours de laquelle on vérifie l'existence d'une tumeur colique.

L'état général s'améliore ensuite très rapidement.

Aussi, le 10 octobre, *résection de tout le côlon ascendant.*

GUÉRISON : 6 mois après, la malade se portant très bien et la bonne santé se maintenait en octobre 1895.

Il s'agissait d'un *épithélioma cylindrique* ayant entraîné une sténose serrée du côlon.

OBSERVATION XIII

Cancer du côlon droit chez un garçon de 13 ans

par V. MURALT

— Garçon de 13 ans, entré le 10 décembre 1909, à l'hôpital avec le diagnostic d'*iléus*.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Il y a quatre ans, l'enfant présenta de l'*ascite*.

Depuis, *crises douloureuses* fréquentes dans le bas-ventre, surtout à droite.

Depuis huit jours, ces douleurs se sont accrues et, depuis 48 heures, constipation absolue.

ÉTAT ACTUEL :

Mauvais état général. Poids petit : 120. Température : 38° le soir.

Ventre tendu, ondulations péristaltiques.

On pose le diagnostic d'occlusion ; suite de *péritonite tuberculeuse* étant donné les antécédents.

INTERVENTION : Appendicostomie. Mort le lendemain.

AUTOPSIE : Un peu de liquide dans le ventre. Sur le côlon ascendant, à 4 centimètres de la valvule, *sétnose serrée*. L'intestin, à ce niveau, présente une *tuméfaction* des parois, saillante de 1 cm. 5 dans la lumière. On remarque une *ulcération* déprimée, entourée d'un rebord saillant. Nodules sous-séreux sur tout l'intestin grêle.

— Ganglions, mésentériques envahis.

— Dégénérescence graisseuse du foie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Epithélioma cylindrique typique*. Cellules infiltrant toutes les tuniques jusqu'à la sous-séreuse. Les glandes présentent des cellules de revêtement en plusieurs couches, à noyau tantôt basal, tantôt orienté par la lumière glandulaire. Zones d'aspect col-

loïde irrégulièrement réparties ; cellules en sceau (Siegel-ringzellen).

Tissu interstitiel riche en cellules, peu abondant, offrant par place l'aspect hyalin, nombreux lymphocytes.

Les tumeurs de l'intestin grêle offre une structure analogue avec cette particularité qu'au niveau des nodules, la musculuse semble s'être infléchie pour loger la masse néoplasique.

OBSERVATION XIV

Cancer du côlon ascendant chez un garçon de 14 ans

par M. F. POUZET

G..., âgé de 14 ans, entre à la Charité, en avril 1929.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

L'enfant, à l'âge de 10 ans, en juillet 1925, était entré à l'hôpital dans le service du professeur Nové-Josserand, pour des lésions osseuses et articulaires multiples qui le firent envoyer d'urgence à Gien, avec le diagnostic de lésions tuberculeuses multiples, portant spécialement sur les mains, les pieds, les parties molles des jambes, avant-bras, de la face. Etat d'abord stationnaire, jusqu'en janvier 1927. Aussi, on fit un traitement spécifique d'essai, d'abord inactif, jusqu'en décembre 1927. A partir de ce moment, grâce à un traitement plus fort, l'enfant commença à reprendre du poids : 2 kilos, et à cicatriser ses lésions, si bien que l'interne fut persuadé qu'il s'agissait de syphilis.

A son entrée à la Charité, l'enfant garde des lésions fistulisées des pieds. Wassermann négatif. Cuti réaction positive.

Durant l'été 1929, l'enfant eut des *malaises intestinaux* augmentés par des écarts de régime, par l'iodure de potassium. On se méfia d'une *péritonite tuberculeuse*, bien

que le ventre fut souple, tandis que l'enfant présentait des coliques, quelquefois des vomissements,

ETAT ACTUEL :

L'enfant a des vomissements constants, un abdomen météorisé, des ondes péristaltiques. Le diagnostic de *péritonite à forme occlusive* est confirmé.

Une ponction lombaire montre un liquide normal.

Par la diète absolue, avec deux litres de sérum par jour et des cataplasmes laudanisés, les vomissements cessèrent, l'enfant eut des vents, mais il persista des ondes.

INTERVENTION : Laparotomie médiane le 13 octobre.

Ne montre pas de lésions tuberculeuses évidentes. La distension du grêle gêne beaucoup l'examen et on n'osa pas faire une éviscération chez ce malade si affaibli. Persuadé qu'il s'agissait de *tuberculose*, on referma après cette mise à l'air.

Après une période de détente, l'enfant refit du péristaltisme et le 18 octobre, devant un vomissement légèrement fécaloïde, sous anesthésie locale, on fistula une anse grêle distendue, ce qui assura une vidange intestinale complète.

L'enfant se rétablit avec une fistule très bas située sur le grêle, bien tolérée, causant des coliques quand elle se rétrécissait, car il n'y avait aucune exonération par l'anus.

Le lavement bismuthé montrait un obstacle absolu en amont de l'angle droit, très près de la fistule du grêle.

Le diagnostic s'imposait de *tuberculose du côlon ascendant*.

25 janvier 1930 :

Cure de la fistule et dérivation interne au bouton, qui fut faite latéro-latérale, iléo-transverse, l'anse grêle étant d'un volume énorme et le transverse en boyau de poulet.

— Présence dans l'hypocondre droit d'une masse dure, bosselée, formée du cæcum et du côlon ascendant, sans adhérences périphériques, mobilisable, mais ne se laissant pas extérioriser.

— Suites opératoires parfaites.

De péritonite occlusive, le diagnostic passait à une *tuberculose* cæcale, ou peut-être même, devant l'aspect tellement cicatriciel, rétractile de la grosseur et l'action, jadis probable, du traitement spécifique à une *sypilis*.

Si le Wassermann était négatif à nouveau, les antécédents, mieux précisés, affirmaient (le père niant toute sypilis), qu'il y avait eu trois enfants aînés morts à la naissance, deux autres morts des suites de coqueluches, le malade avait encore quatre frères, dont l'un avait été opéré dans le service de tuberculose du calcanéum.

On continue donc le traitement spécifique pendant que l'enfant se rétablissait après ses opérations. Quelques coliques persistaient.

Au milieu de novembre, des signes de sub-occlusion réapparurent. L'enfant fut ramené par ses parents avec une grosseur comme un œuf, dure, recouverte d'une peau amincie, au niveau de sa cicatrice de laparotomie médiane.

— Il existait de plus, dans l'hypocondre droit, une masse dure, analogue indépendante.

— *Au toucher rectal* : masse haut située, de même dureté néoplasique.

L'idée se fit, alors seulement, d'une greffe tumorale dans la paroi, et le 17 novembre 1930, on fit l'excision de cette masse non adhérente à l'intestin, mais qui put être clivée de la vessie en plein muscle.

A l'intérieur de la cavité péritonéale, il y avait des granulations néoplasiques, les plus grosses comme un haricot, envahissant *grêle, péritoine, mésentère*.

La masse tumorale fixée était formée par le cæcum et le côlon ascendant et rétractait l'anastomose intestinal très rétrécie, si bien qu'on pratiqua une nouvelle anastomose latérale voisine.

Opération bien supportée.

Vers-la Noël : l'enfant se cachectisa avec un teint jaune paille, sans ictère, avec gros foie, amaigrissement.

Le 5 janvier 1931, il fit un phlegmon stercoral, qui s'ouvrit spontanément par la cicatrice médiane.

DÉCÈS : *Fin janvier*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : L'examen de la tumeur pariétale fit savoir qu'il s'agissait d'un *épithélioma glandulaire*.

A L'AUTOPSIE : on trouve un bloc massif rétractile et dur, bosselé, formé du cæcum, du côlon ascendant, du tiers du transverse ; la fin de l'iléon, d'une part, s'abouchait dans la masse tumorale, d'autre part, la dernière anastomose iléo-transverse persistait avec sa lumière libre.

La masse incisée, *très cicatricielle*, présentait des parois bourgeonnantes au niveau du transverse et une sorte de poche dans laquelle était enclavée le bouton anastomotique qui avait sans doute reflué dans le transverse et s'y était incarcéré.

Il était impossible de préciser le siège de la première anastomose qui avait été rétractée par la tumeur.

— Un prélèvement osseux aseptique dans les os du tarse, encore malade, donna une inoculation positive.

— Un examen anatomo-pathologique du foie ne montra aucune lésion pouvant faire penser à la syphilis.

OBSERVATION XV

Cancer du côlon transverse

par RUCZYNSKI

— Garçon de 13 ans, entré à l'hôpital le 28 mars 1904.

— La maladie a débuté il y a *deux ans*, par *des douleurs* qui allèrent en s'accroissant. Des vomissements surviennent parfois et les selles ne soit pas régulières.

Depuis quelques semaines, les douleurs surviennent, par crises très vives, durant un quart d'heure ou une demi-heure.

Le sang fait son apparition dans les selles.

A L'EXAMEN : état général mauvais, ventre tendu, douloureux.

Tumeur perceptible au-dessus de l'arcade crurale droite.

30 mars : la constipation est absolue, les douleurs redoublent et on perçoit, dans la région sous-ombilicale, des ondulations péristaltiques.

MÉTASTASES : la respiration forcée permet de reconnaître une tumeur du foie et des nodules épigastriques.

INTERVENTION (12 avril) : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie est bourré de nodules. On note une tumeur de l'angle splénique. On extirpe un ganglion voisin. Enterostomie.

DÉCÈS : le lendemain.

Examen du ganglion : adénocarcinome.

AUTOPSIE :

Foie : 2.420 gr., infiltré de nombreux nodules ; dans l'intervalle, le tissu hépatique présente l'aspect graisseux. Nodules néoplasiques dans le cul-de-sac de Douglas à gauche, et dans l'espace pré-rectal comprimant l'uretère droit.

— *Sténose serrée du côlon transverse*, n'admettant qu'une sonde de 5 millimètres. A l'ouverture de ce segment intestinal sténosé, on note une *ulcération*.

— *Dégénérescence polypeuse* de tout le côlon.

— Ganglions néoplasiques dans le mésentère.

— EXAMEN HISTOLOGIQUE : la tumeur intestinale est un *épithélioma cylindrique*, à riche tissu de soutien des formations épithéliales. Les muscles sont envahis et effondrés par places.

— Dans le *foie*, l'infiltration néoplasique a envahi les veinules fortes.

— *Les polypes du côlon* sont constitués par la prolifération des glandes de Lieberkühn.

OBSERVATION XVI

Cancer du côlon transverse chez un garçon de 7 ans

par PFEIFFER et WOOD

(Traduction)

— *En décembre 1933*, un garçon de 7 ans eut une violente crise de *douleurs abdominales*.

— Le médecin de famille est appelé. Il ne trouve rien de spécial à l'enfant qui, d'ailleurs, au moment de son arrivée, ne souffrait plus.

— La crise douloureuse avait duré environ une demi-heure. Il n'y eut pas de vomissements, mais l'enfant était constipé.

— *De décembre jusqu'au jour où il vint se soumettre* à notre observation, l'enfant eut d'autres crises douloureuses abdominales, mais comme l'on ne trouvait rien, elles furent considérées comme sans signification.

Il grandissait mais semblait maigrir.

— *Le 28 juin 1934*, à son arrivée dans le service, aux

environs de 8 heures du soir, l'enfant se plaignait surtout du gonflement de son testicule droit.

La mère nous appprit qu'il y avait à peu près trois semaines, qu'étant en train de jouer avec d'autres camarades au ballon, il en fut frappé à l'abdomen, ce qui lui causa une douleur vive mais qui dura peu.

Depuis, il avait eu plusieurs crises de violentes douleurs abdominales, qui duraient chacune quelques heures et se reproduisaient tous les trois ou quatre jours. Il n'y avait jamais eu de vomissements.

Cette nuit, alors qu'il allait se coucher, sa mère remarqua cette grosseur du testicule. L'enfant fut rhabillé et immédiatement conduit à l'hôpital.

Les selles avaient été régulières.

EXAMEN :

— *Signes généraux* :

Température : 37°2 ;

Pouls : 80 ;

Respiration : 18.

— *Signes physiques* :

Enfant pâle, à l'expression plutôt angoissée ;

Tête : rien à la tête, langue légèrement saburrale ;

amygdales modérément développées ;

Cou : aucune glande palpable ;

Thorax : *poumons*, *cœur* : normaux.

Abdomen : aucune dilatation, péristaltisme paraissant normal, aucune ère de sensibilité spéciale, aucune masse palpable.

Testicule droit : était augmenté d'à peu près deux fois son volume normal.

Aucun signe de hernie.

Membres : normaux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Varicelle, rougeole.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLATÉRAUX :

Père et mère bien portants ; trois autres enfants bien portants. Un frère, âgé de 3 ans, est mort il y a 8 ans à la suite d'obstruction intestinale par un diverticule de Meckel et de péritonite.

Les conclusions, à cette époque, sont les suivantes :

1°) L'enfant présente une augmentation du testicule, consécutive à un traumatisme ;

2°) Commence un syndrome abdominal, avec complications d'ordre chirurgical.

La mère est invitée à garder l'enfant à la maison, à le coucher et à lui élever le scrotum sur un coussin et à appliquer sur le testicule un pansement humide au sel d'Epsom.

Elle donnera au patient une nourriture légère et s'il se produisait le moindre vomissement, le ramènera immédiatement.

Une dose de magnésie est prescrite pour le lendemain matin, afin de permettre une bonne élimination.

D'après une conversation téléphonique avec la mère, le lendemain matin, on apprend que l'enfant va bien et que la grosseur du testicule a disparu. On conseille de garder encore un jour l'enfant au lit et de lui donner un lavement.

Il y eut une exonération noire verdâtre, comme résultat du lavement.

Ce soir 29 juin, aux environs de 7 heures, le patient est vu chez lui, parce qu'il venait d'avoir un vomissement alimentaire et ressentait une vive douleur abdominale.

— Température : 37° 2 ; pouls : 76 ; respiration : 18.

— A l'examen de l'abdomen : ni distension, ni sensibilité spéciale, ni tumeur palpable. Péristaltisme, mais sans exagération.

— La grosseur du testicule a disparu.

— Il était évident que l'enfant n'avait ni appendicite, ni diverticule de Meckel, mais il est impossible de préciser le diagnostic.

Le lendemain, l'enfant est vu vers 11 heures. Il avait eu brusquement une crise douloureuse abdominale et avait vomi plusieurs fois pendant la nuit.

Il avait eu quatre exonérations depuis la veille, exonérations accompagnées de glaires, mais sans présence de sang.

Température : 37°2 ; pouls : 84 ; respiration : 18.

A la palpation, on découvre dans l'abdomen une masse d'à peu près 10 centimètres de long sur 5 cent. de large.

On pose le diagnostic de *volvulus* ou *'dimagination*.

— L'enfant est alors ramené à l'hôpital, dans le service du docteur Pfeiffer, qui pensa que la masse pouvait être un *stercorome* et un autre lavement fut ordonné. De bonnes évacuations sont obtenues et la masse n'est plus sentie.

L'enfant semble aller mieux : le ventre est souple, sonore, sans sensibilité spéciale, sans tuméfaction.

Un autre lavement au sulfate de baryum est prescrit le lendemain. Le malade avait de violentes crampes abdominales; la masse était de nouveau palpable, mais cette fois au voisinage du milieu du quadrant supérieur droit.

Température : 37°3.

— *Une radioscopie*, après lavement à la baryte, montre l'écoulement libre de la baryte du rectum vers le côlon descendant, jusqu'à environ cinq centimètres au-dessus du niveau de la crête iliaque. A cet endroit, arrêt brusque du liquide et il n'est pas possible de remplir le côlon sus-jacent, ni par les changements de position, ni sous l'influence de la pression.

INTERVENTION : Elle est réclamée par l'obstruction.

Incision de la paroi abdominale.

Existence d'un peu de liquide clair dans la cavité abdominale. La masse, antérieurement sentie, est localisée et sortie à travers l'incision. Elle est située sur le côlon transverse à peu près dans sa portion médiane. L'extrémité distale du côlon est dilatée mais vide de matières fécales. L'extrémité proximale est modérément dilatée et contient quelques fèces.

La lésion elle-même consiste en une masse légèrement mobile, libre à l'intérieur du côlon, mais rattachée à ses parois, selon toute vraisemblance : *un polype*. Diamètre approximatif : 3 cm. 8.

A sa base, infiltration évidente de la paroi du côlon. Le mésentère avoisinant montre des petits nodules lymphatiques, d'apparence translucide et ne semblant pas être métastatiques.

La lésion étant favorablement située par un Mickulicz et aussi à cause de l'occlusion, on choisit ce procédé.

L'épiploon est séparé à distance de la lésion, le mésentère contenant les nodules lymphatiques de voisinage, fut lié et toute la masse atteinte fut extériorisée avec les tissus adhérents à l'angle supérieur de l'incision.

La plaie fut fermée complètement, les segments proximal et distal de l'intestin soigneusement isolés entre des champs, la plaie ayant été au préalable protégée par de la gaze. L'intestin fut entouré de gaze et le tout enfermé sous pansement.

L'appendice parut normal et non déplacé.

SUITES OPÉRATOIRES : L'enfant meurt, le lendemain, d'alcalose et de défaillance cardiaque.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Tumeur montrant des *ulcérations* superficielles, des

hémorragies, une infiltration de cellules rondes et plusieurs champs de glandes intestinales déplacées, irrégulièrement augmentées.

Diagnostic : *Adénocarcinome*.

OBSERVATION XVII

*Adéno-épithéliome de l'angle gauche du côlon
chez une enfant de 10 ans*

par A. MOUCHET et A. BÉRANGER. (1923)

Marthe B..., âgée de 10 ans, entre le 19 avril 1923, à l'hôpital Saint-Louis, avec des *signes d'occlusion intestinale complète*.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

L'enfant vient de l'hôpital Hérold, où elle a été admise, il y a huit jours, à *cause du volume de son ventre*.

Depuis trois jours, elle n'a rendu aucune selle, mais seulement quelques gaz et elle a eu, la veille, deux vomissements bilieux.

D'autre part, depuis six mois, environ, l'enfant se plaint *de douleurs dans le ventre*, douleurs continues, avec paroxysmes fréquents et la *constipation* de plus en plus opiniâtre a nécessité un nombre important de purgations.

— On ajoute, à titre purement documentaire, que la mère de l'enfant serait morte d'un néoplasme intestinal.

ETAT ACTUEL : Ventre ballonné, tendu, sonore, où la percussion réveille le péristaltisme de diverses anses.

— Etat général médiocre; Température : 37° ; pouls : 110. Aucune hernie apparente. Aucune tuméfaction perceptible à la palpation.

Toucher rectal : rien d'anormal.

INTERVENTION (19 avril) : devant ces signes d'occlusion sans cause apparente, une large laparotomie sus et sous-ombilicale est pratiquée. Anses grêles et côlon transverse extrêmement dilatés, sans aucune lésion apparente.

Mais un peu au-dessous de l'angle splénique, siège une *striction* très serrée, produite par une tumeur dure, fibreuse d'apparence, au-dessous de laquelle le gros intestin est réduit à un ruban aplati.

L'incision médiane est alors fermée et on pratique dans la fosse iliaque gauche un anus ouvert sur la dernière portion du transverse. L'incision de la paroi intestinale à ce niveau, provoque l'écoulement d'une grande quantité de matières et de gaz.

Cet anus fonctionne normalement et les mois suivants l'enfant reprenant des forces, acquit peu à peu un état général floride.

Aussi, on décide de pratiquer la cure radicale de la tuméfaction en deux temps successifs : extériorisation, puis ablation de cette masse, de nature inconnue, mais qu'à cause de l'âge de l'enfant, on présuait plutôt tuberculeuse.

27 juin : Incision sous les fausses côtes gauches et extériorisation de la tumeur, alors du volume d'une orange avec quelques granulations voisines.

11 juillet : résection extra-péritonéale, avec suture termino-terminale, des deux extrémités intestinales.

L'enfant, allant régulièrement à la selle par le bas, fut rendue à sa famille fin juillet. Mais elle n'eut chez elle qu'une seule selle normale. Les matières s'évacuèrent ensuite, d'abord très abondantes, puis de plus en plus rares, à travers la suture de la dernière opération.

15 septembre : l'enfant dut rentrer dans le service par suite de phénomènes d'occlusion presque aussi marqués qu'au début.

Après un essai infructueux de dilatation de la fistule, l'enfant est opérée de nouveau le 17 *septembre*.

Par une incision de la fosse iliaque droite, on tombe sur des anses grêles volumineuses et marquées de larges taches blanchâtres et indurées ; le cæcum entouré d'une masse plus volumineuse est aplati ; aussi doit-on aboucher la dernière anse grêle au péritoine et à la paroi.

Les jours suivants, l'anus fonctionna normalement.

DÉCÈS : fin septembre.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : L'examen de la tumeur montre sa nature maligne : épithéliale glandulaire, à point de départ sans doute adénomateux et où les formes typique et atypique tendaient à s'associer.

En somme : *adéno-épithéliome*.

OBSERVATION XVIII

Cancer de l'angle splénique chez un enfant de 11 ans
par WAINWRIGH. (1925)

Épithélioma cylindrique à dégénérescence colloïde.

Opéré en période d'occlusion. — Cæcostomie— Mort.

OBSERVATION XIX

Cancer de l'angle splénique du côlon chez un enfant
de 11 ans

par MM. H.-L. ROCHER et Robert GUÉRIN (de Bordeaux)

B... André, 11 ans, ne présente dans ses antécédents aucune affection digne d'être notée.

— Mère morte de tuberculose pulmonaire, il y a quatre ans environ.

— Père disparu depuis trois ans, le laissant dans un orphelinat avec son frère bien portant.

— Les premiers troubles débuteraient en *mai* 1931.

A ce moment, l'enfant présentait des vomissements et une *douleur violente de la fosse iliaque droite* ; température oscillant entre 36°6 et 37°8.

— Diagnostic porté : *appendicite légère*.

— Les accidents disparurent rapidement sous l'influence du traitement médical.

— *Quelques jours après*, il se plaignait d'une *douleur sourde siégeant dans l'hypocondre gauche*, avec paroxysmes survenant au cours des efforts (course par exemple). De loin en loin, survint un peu de diarrhée, en même temps il devint triste, taciturne et palit. Appétit resté nul.

— 16 juin : il fut pris de violentes douleurs, dans la région lombaire gauche et envoyé dans le service avec le diagnostic de phlegmon périnéphrétique.

27 juin 1931 : L'enfant est très pâle, prostré ; langue sèche ; température : 38° ; pouls : 120.

Présence dans l'hypocondre gauche, où il existe une circulation collatérale accentuée, d'une *tuméfaction* du volume du poing, douloureuse à la palpation, mal délimitée, donnant le contact lombaire. Sonorité à la percussion antérieure.

Pas d'œdèmes postérieurs, pas de troubles urinaires.

— Diagnostic incertain : celui de *phlegmon périnéphrétique* ne s'impose pas.

Cependant, devant la gravité de l'état général et pour essayer d'étayer le diagnostic, une ponction est pratiquée le même jour, avec une grosse aiguille dans la fosse lombaire et ramène seulement un peu de sang.

Traitement : applications humides sur la région douloureuse. Uroformine.

Examen des urines : albumine : 2 ctg., pas de sucre, pas d'acétone, pas de pigments biliaires.

Formule sanguine : polynuclées : 88 % ; mono : 2 % ; Lympho : 9 % ; Cellules de Riéder : 1 %.

Bordet-Wassermann : négative.

Cuti-réaction à la tuberculose : négative.

Radiographie de deux fosses lombaires : aucun renseignement.

Pas d'examen de selles, car rien ne fait soupçonner une lésion de l'intestin.

6 juillet 1931 : état local un peu modifié ; *abdomen* ballonné, mais pas de défense, pas de douleurs en dehors de la masse que l'on retrouve dans l'hypocondre gauche, masse immobile, avec les mouvements respiratoires, de consistance uniformément dure. Le pôle inférieur descend de trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Le pôle supérieur disparaît sous le rebord costal.

Foie : pas augmenté de volume, pas d'hypertrophie ganglionnaire dans les divers territoires lymphatiques.

Cœur, poumons : normaux.

Depuis quelques jours, est survenue un peu de diarrhée. Appétit nul.

Température : 37° à 38°5 ;

Pouls : 100 - 120 ;

Faciès très pâle, muqueuses décolorées, asthénie très prononcée.

Primitivement on avait pensé qu'il s'agissait d'un foyer de péritonite tuberculeuse. Mais étant donné :

1°) la réaction inflammatoire que traduit la température et l'hyperleucocytose ;

2°) les signes physiques :

On porte le diagnostic d'*abcès de la rate*. Une intervention est décidée.

OPÉRATION le 10 juillet 1931 :

— Anesthésie locale. Incision de 8 cent. au niveau inférieur de la tumeur.

— Découverte d'une masse volumineuse, non adhérente au péritoine pariétal, mais recouverte par le grand épi-

ploon et quelques anses d'intestin grêle. Autour de cette masse, les anses sont libres, non congestionnées. Après avoir limité la région par des compresses, on décolle doucement les adhérences épiploïques qui recouvrent cette masse et on provoque l'issue d'un pus jaune verdâtre, qui est aspiré ; pus sans odeur spéciale ; pas de gaz. Un drain est placé dans la cavité de l'abcès, mèches au pourtour, suture partielle de la paroi.

Le soir de l'opération, pourtant peu choquant, la température tombe à 35°6. Sérum physiologique, solu-campbre. Elle remonte le lendemain à 37° et s'y maintient les jours suivants.

L'intervention n'a pas permis de fixer avec précision le diagnostic. L'état général de l'enfant ne s'améliore pas, le météorisme augmente. A aucun moment, il ne survint des vomissements.

Le 22 juillet : la température monte à 39°.

Le 24 juillet : apparaît une fistule stercorale.

Léger œdème des bourses. Presque en même temps, survint une diarrhée profuse, qui, malgré tout ce qu'on tenta, persista jusqu'au dernier jour.

A partir du 12 août : plus d'issue de matières, la supuration persiste. Pâleur extrême. L'œdème, d'abord limité, envahit les membres inférieurs, remontant, bientôt, jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

DÉCÈS le 18 août 1931 : l'enfant meurt dans le collapsus.

AUTOPSIE : A l'ouverture de l'abdomen, on trouve dans l'hypocondre gauche, une masse recouverte par le grand épiploon. La fistule qui persiste avec son orifice cutané est disséquée et enlevée avec toute la masse trouvée dans l'hypocondre. Celle-ci est constituée par une tumeur de l'angle splénique du côlon du volume d'un gros poing.

En avant l'anse sigmoïde fait un coude et adhère à la tumeur.

En arrière adhèrent également : la queue du pancréas, la rate et le rein gauche.

La tumeur est incisée en passant par la fistule créée par l'opération et on pénètre directement dans la lumière intestinale. Cette tumeur intéresse la dernière partie du côlon transverse, l'angle splénique et la partie supérieure du côlon descendant, elle est formée par des masses végétantes dont la surface est parsemée d'un piqueté hémorragique.

En trois points la tumeur a *ulcéré* la paroi en *provoquant des perforations* qui laisseraient passer un index ganté, si elles n'étaient recouvertes, l'une, en haut et en dehors par la rate, une autre en arrière, par le rein, une en avant par l'anse sigmoïde. La surface de ces organes est restée lisse et ne paraît pas envahie par le néoplasme.

L'examen de la cavité abdominale a montré, en outre, l'existence de nombreux ganglions hypertrophiés dans le méso et le long des vaisseaux mésentériques.

Pas de métastases hépathiques.

Sur les *anses grêles* et le *mésentère*, plusieurs petits placards gris jaunâtres de métastases cancéreuses.

La veine cave inférieure est obstruée par un caillot adhérent, depuis les veines rénales jusqu'à son extrémité inférieure.

Les veines iliaques sont également thrombosées.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

A porté sur la tumeur et un ganglion prélevé au voisinage de l'artère mésentérique inférieure.

— *Epithélioma liberkuhnien* ne se différenciant pas des épithéliomas malins de l'adulte. Très nombreux bourgeonnements nucléaires par amitose.

— Les tubes et les foyers sontensemencés librement .

dans le stroma sans limitante. Beaucoup de foyers en régression.

La tumeur s'étend jusqu'à la séreuse et au-delà. Mitoses peu nombreuses.

OBSERVATION XX

Cancer du côlon descendant chez une jeune fille de 15 ans
par DRINKWATER. (1930)

Une jeune fille, âgée de 15 ans, était vue le 25 août 1930 pour une *occlusion intestinale aiguë*, terme ultime d'une *occlusion chronique*, durant depuis environ trois mois et d'origine inconnue.

L'exploration en montra immédiatement la cause. Une infiltration dure et annulaire du côlon descendant.

La tumeur n'était pas adhérente et il n'y avait aucun signe de localisation secondaire.

DÉCÈS : En dépit d'une cœcostomie, la patiente mourut le 31, c'est-à-dire 8 jours après.

A L'AUTOPSIE : Au-dessous de l'angle splénique, la lumière intestinale est *très rétrécie* par une tumeur grisâtre, saillante, annulaire, d'aspect gélatineux à la section.

Microscopiquement : la paroi musculaire est criblée d'espaces remplis de cellules épithéliales en état avancé de *dégénérescence mucoïde*. Plus profondément, dans le tissu cicatriciel de néo-formation existe une infiltration carcinomateuse diffuse.

Métastases : Il n'en est pas trouvé.

Antécédents : On note que le grand-père maternel est mort d'un cancer dans le rein. C'est le seul point à retenir du passé médical de la famille.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes primitives de la portion haute du gros intestin : cœcum, côlons ascendant, transverse, descendant sont extrêmement rares chez l'enfant.

II. — Elles ne frappent pas également les différents segments, leur affinité pour le cœcum est nette.

Elles affectent suivant leur siège et selon l'âge du sujet des formes de prédilection : épithéliomes ou sarcomes, ces derniers exceptionnellement rencontrés chez l'adulte.

III. — Les premières manifestations cliniques, d'apparition souvent tardive, se révèlent extrêmement variées et de diagnostic difficile.

1° Troubles gastro-intestinaux vagues et banaux qui n'acquièrent de valeur pathognomonique que par leur persistance.

2° Syndromes douloureux abdominaux dont on ignore l'origine ou qu'on rapporte à une autre affection non cancéreuse.

3° Symptômes physiques réduits, présence d'une

tumeur, et signes généraux plus ou moins prononcés : amaigrissement, anémie.

Le siège des tumeurs ne leur imprime aucun caractère distinctif, à l'exception des localisations cœcales.

IV. — L'évolution accélérée et maligne — et d'autant plus que l'enfant est plus jeune — est, malgré l'intervention, presque toujours rapidement fatale.

V. — La courte durée de la phase chirurgicale de ces néoplasmes rend primordiale la précocité de diagnostic.

Par la recherche clinique des tout premiers signes et leur interprétation immédiate à l'aide du laboratoire et surtout de la radiologie, on peut espérer améliorer les résultats opératoires des formes les moins évolutives.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU

Vu : le Président de thèse,
OMBREDANNE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABLON. — Des fibromes embryonnaires (sarcomes) de l'intestin chez les enfants. Thèse, Paris, 1898.

ABOULKER. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs non cancéreuses de l'anse iléo-cæcale. Thèse Paris, 1899.

AHLFELD. — *Archiv. für gynecologie*, 1880, Bd XVI, P. 141.

Archives des maladies de l'appareil digestif, 1907 à 1937.

Archives de médecine des enfants, 1898 à 1937.

ARAOZ ALFARO et MANUEL A SANTAS. — Les Sarcomes viscéraux chez les enfants, *Archives de Médecine des enfants*, 1905.

BAUR J. et BERTEIN P. — Le cancer du gros intestin chez les jeunes sujets. (*Archives générales de chirurgie*, 1914, p. 675.)

BENSADE. — Maladies de l'intestin, T. II.

BOVIS (de) R. — Le cancer du gros intestin, rectum excepté. (*Revue de chirurgie*, juin à décembre 1900).

Bulletins de la Société de Pédiatrie, 1912 à 1936.

BURGER. — Karzinom bei ingendlichen Individuen Inaug. diss. Munich, 1893.

CHALIER et MONDOR. — Cancer du rectum.

- CHAJUTIN D.M. — *Ztschr f. Krebsforsch* 1929; p. 389. ;
Carcinome du cæcum chez une jeune fille de 14 ans.
- CHIRAY et ROSANOFF. — Le cancer du côlon à début atypique, (*Presse Médicale*, 30 octobre 1935).
- CONDAT (Mlle). — Sarcome primitif de l'intestin chez un enfant de huit ans (*Arch. des Mal. des Enfants*, 1921, p. 679).
- DRINKWATER. — Cancer du côlon ascendant chez une jeune fille de quinze ans. (*The British Medical Journal*, 13 décembre 1930, p. 1001).
- DUZAN. — Du cancer chez les Enfants. Th. Paris, 1876.
- GABARD. — De l'épithélioma aux divers âges. Th. Paris 1891-1892.
- GAYRAUD. — Le cancer dans les vingt premières années de la vie, Th. Montpellier, 1910-1911.
- GOSSET. — Le cancer du côlon droit. Th. Paris, 1933.
- GRANDCLAUDE et LAMBRET. — Sarcome du cæcum chez un garçonnet de quatre ans (*Journal de chirurgie*, p. 799.)
- HARTMANN. — Diagnostic des principaux cancers.
- HUTINEL. — Cancer de l'intestin. *Maladies des Enfants*, 1909.
- HAUSSMANN. — Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, Th. Paris, 1882.
- JANUSZ. — *Ztschr f. Krebsforsch*, 1926, p. 47.
- JEANNENY. — Le cancer.
- JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin, Thèse de Lyon, 1906-1907.
- Journal de chirurgie*. — 1908 à 1937.

- LEBERT. — Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, 1851.
- LELOURDY. — Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons, Thèse Paris, 1931.
- LOUART. — Le cancer du gros intestin dans la jeunesse, Thèse, Paris, 1899-1900.
- MATZEN. — *Ztschr. f. Krebsforsch*, 1927, p. 105.
- MAUCLAIRE et GODEMÉ. — Sarcome globo-cellulaire de l'anse iléo-cœcale ; *Bulletins de la Soc. de Pédiatrie*, 21 octobre 1902.
- MAYO ROBSON. — *British-Méd. Journ.*, 1895, p. 963.
- MEDWEDEW. — *Odessky M. J.*, janvier 1927.
- MOUCHET et BÉRANGER. — Adénoépithéliome de l'angle splénique chez une fillette de dix ans. — « *La Pédiatrie* », juin 1924 ; p. 93 à 95.
- MURALT. — Zur Lehre der multiples Darmkarzinome, 1913.
- NOBÉCOURT. — Sarcomes de l'Intestin. (*Traité Grancher Comby — Maladies de l'Enfance*, 1904, T. II. p. 257 à 260).
- OKINCZYC. — Cancer de l'intestin, 1923.
- PFEIFFER et WOOD. — Cancer du côlon transverse chez un garçon de sept ans. (*J. Américain Med Assoc.*, avril 1935, p. 1227).
- PHIFER. — Cancer du rectum et du côlon sigmoïde. (*Annals of Surgery*, juin 1923, p. 711 à 720.)
- PINTO. — Un cas de lymphocytome malin du cœcum. *Journal de chirurgie*, 1936, f. 871.

RATHERY. — Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les Enfants. Thèse, Paris, 1870.

Revue des maladies de l'Enfance.

ROBERTSON et OGILVIE. — Cancer mucoïde du cœcum chez un garçon de treize ans. (*The British Journal of Surgery*, janvier 1936, p. 23.)

ROCHER et GUÉRIN. — Cancer de l'angle splénique du côlon chez un enfant de onze ans. « *Bull. et Mém. de la Soc. nation. de Chirurgie* », 25 novembre 1931.

ROSENTHAL. — Diagnostic du cancer du côlon ; *Medical Journal and Record*, 1925, p. 447.

RUEZYNSKI. — *Prager Medic. Wochens*, 1904, T. xxix, p. 551.

ROUSSY. — I. Le Cancer, 1929.

II. Travaux de l'Institut du Cancer.

SCHAMONI. — *Ztschr f. Krebsforsch*, décembre 1924, p. 24.

STEFFEN. — Die Malignen Geschwülste in Kindesalter, 1905.

WAINWRIGHT. — Epithélioma cylindrique de l'angle splénique chez un enfant de onze ans (*The Atlantic Medical Journal*, avril 1925).

WALKER et DALY. — Cancer du cœcum chez un enfant de cinq ans (*J. Oklahoma Medic. Assoc.*, avril 1934, p. 119.)

YOVITCHICH et STAIANOVITCH. — Sarcome du cœcum chez un garçon de six ans (*Bull. et Mem. de la Soc. de Ch. de Paris*, 5 juillet 1933, p. 1131.)

